

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1904

THÈSE

N°

---

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1904, à 1 heure*

Par M. BENJAMIN WEILL

Né à Versailles, le 14 mars 1875.

Ancien interne des hôpitaux

Ancien moniteur de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades  
(tubage et trachéotomie)

Lauréat de la Faculté

---

L E

## DÉVELOPPEMENT DE L'HYSTÉRIE DANS L'ENFANCE

---

*Président : M. GAUCHER, professeur.*

*Juges : MM. LETULLE,*

*TEISSIER,*

*BROCA (ANDRÉ),*

*} agrégés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—  
1904

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen** ..... M. DEBOVE.  
**Professeurs** ..... MM.

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie.....                                                      | POIRIER.       |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | R. BLANCHARD.  |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | BRISSAUD.      |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | RECLUS.        |
| Thérapeutique.....                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène.....                                                       | GILBERT.       |
| Médecine légale.....                                               | CHANTEMESSE.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | DEJERINE.      |
| Clinique médicale.....                                             | N.....         |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | LANDOUZY.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | HAYEM.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | DIEULAFOY.     |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | DEBOVE.        |
| Clinique chirurgicale.....                                         | GRANCHER.      |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GAUCHER.       |
| Clinique d'accouchements.....                                      | RAYMOND.       |
| Clinique gynécologique.....                                        | LE DENTU.      |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               | TILLAUX.       |
|                                                                    | TERRIER.       |
|                                                                    | BERGER.        |
|                                                                    | DE LAPERSONNE. |
|                                                                    | GUYON.         |
|                                                                    | PINARD.        |
|                                                                    | BUDIN.         |
|                                                                    | POZZI.         |
|                                                                    | KIRMISSON.     |

## Agrégés en exercice.

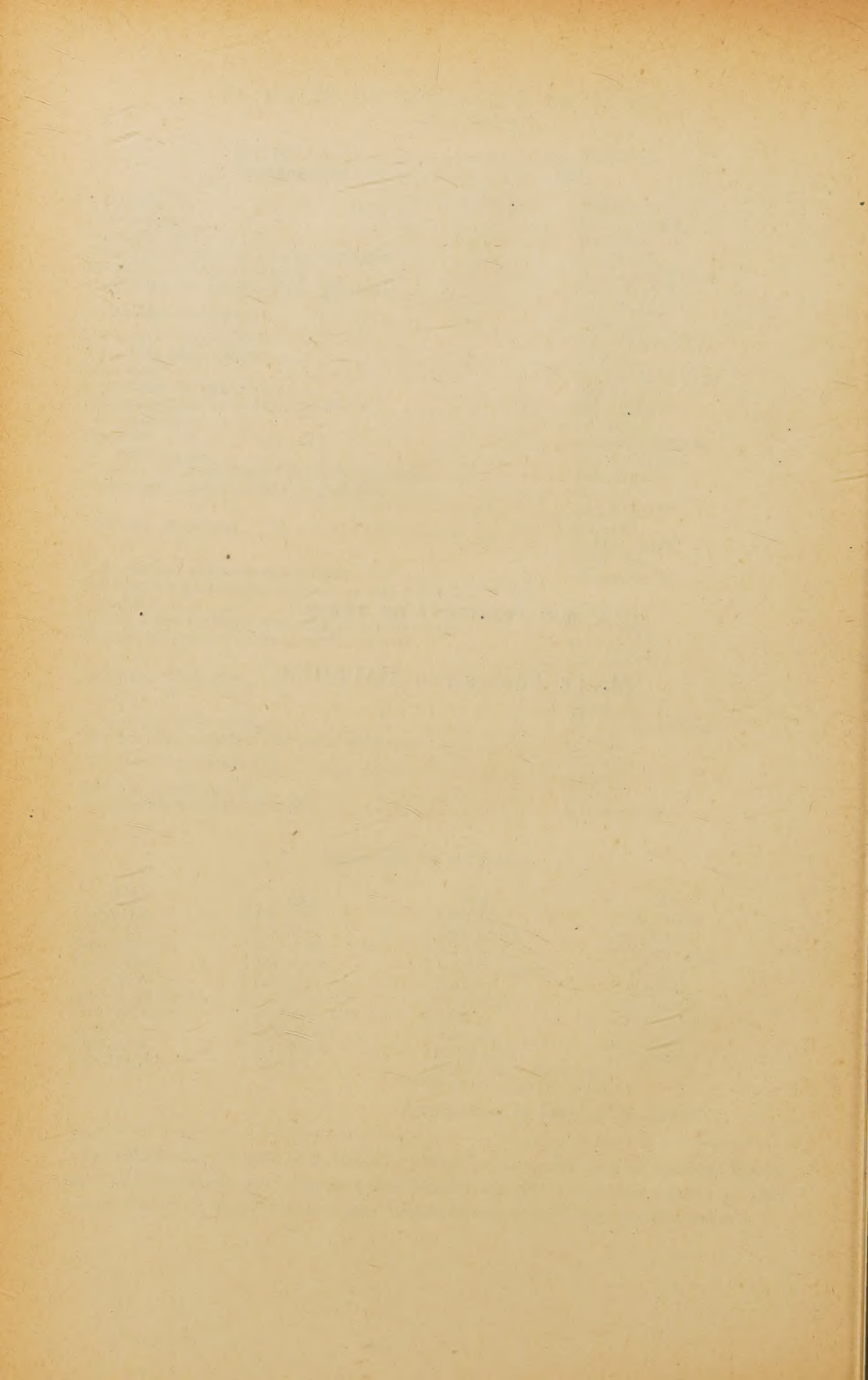
| MM.            | MM.        | MM                                           | MM.        |
|----------------|------------|----------------------------------------------|------------|
| ACHARD.        | DUPRÉ.     | LEGUEU.                                      | TEISSIER.  |
| AUVRAY.        | FAURE.     | LEPAGE.                                      | THIÉRY.    |
| BEZANÇON.      | GOSSET.    | MARION.                                      | THIROLOIX. |
| BONNAIRE.      | GOUGET.    | MAUCLAIRE.                                   | THOINOT.   |
| BROCA (AUG.).  | GUIART.    | MERY.                                        | VAQUEZ.    |
| BROCA (ANDRÉ). | HARTMANN.  | POTOCKI.                                     | WALLICH.   |
| CHASSEVANT.    | JEANSELME. | REMY.                                        | WALTHER.   |
| CUNEO.         | LANGLOIS.  | RENON.                                       | WIDAL.     |
| DEMELIN.       | LAUNOIS.   | RICHAUD.                                     | WURTZ.     |
| DESGREZ.       | LEGRY.     | RIEFFEL. <i>Chef des travaux anatomiques</i> |            |

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER



## INTRODUCTION

L'hystérie infantile a une histoire relativement récente.

On peut, il est vrai, en trouver l'origine dès le xvii<sup>e</sup> siècle et considérer à cet égard Charles Lepois, de Pont-à-Mousson, puis Willis et Sydenham, comme de véritables précurseurs. Nous ne retracerons point ici toutes les objections que suscitèrent ces premières observations, alors un peu révolutionnaires. Nombreux restèrent jusqu'au xix<sup>e</sup> siècle les partisans de la théorie antique qui donna son nom à la maladie et qui, dans son exclusivisme, méconnaissait l'hystérie mâle comme l'hystérie infantile.

En 1831, Georget, dont le nom est resté célèbre à juste titre, s'oppose aux conclusions récentes de Louyer-Villermay, et soutient brillamment l'origine cérébrale de cette maladie. La théorie nerveuse trouva bientôt en Brachet un nouveau défenseur. L'Académie de Médecine posait alors la question de l'hystérie pour l'attribution du prix Civrieux (1845). Landouzy, partisan de la théorie utérine, concourut avec Brachet et tous deux furent couronnés.

Dans le « Traité » de Brachet, comme antérieurement dans la statistique de Beau (1836), on trouve notées plusieurs observations d'hystérie infantile. L'ouvrage de Landouzy, qui comporte une statistique de 351 observations, fournit 48 cas d'hystérie développée entre 10 et 15 ans.

En 1859, paraît le mémorable « Traité » de Briquet, pour qui « l'hystérie est une névrose de l'encéphale » dont il re-

connaît et décrit la plupart des manifestations cliniques. Des 437 observations qui constituent la base de cette œuvre importante, 87 se rapportent à des enfants, de la naissance à la douzième année inclusivement :

« Par conséquent, dit-il, un cinquième des hystériques observées par moi ont été atteintes avant l'âge de la puberté. »

Aussi consacre-t-il à l'hystérie des enfants, comme au début de l'hystérie des adultes, des pages nombreuses où la question se trouve posée avec la plus grande netteté.

Il faut arriver ensuite à Charcot et à ses élèves pour voir énoncées et développées avec une autorité que les faits ultérieurement observés n'ont pu qu'accroître, l'importance de l'hystérie mâle et dans « Quelques articles ou leçons du mardi » (1882-1888) celle de l'hystérie des enfants.

Depuis cette date, les monographies et les observations isolées se multiplient et là commence, pourrait-on dire, l'histoire contemporaine de l'hystérie infantile.

Sans passer en revue tous les auteurs neuro-pathologistes qui en ont accessoirement rapporté des observations, il nous faut citer les recherches suivies de Bourneville et de ses collaborateurs (1880-1899), les thèses de Paris (mars 1880) et de Guiraud (avril 1880), composées sous l'inspiration de J. Simon et consacrées à l'hystérie des fillettes avant la puberté, les thèses de de Casaubon (1884) et de Peugniez (1885) sorties de la Salpêtrière, enfin la thèse inaugurale de Batault de Genève (1885) et la thèse d'agrégation de Dejerine (1886), qui insiste à si juste titre sur le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'hystérie.

La thèse de Clopatt (Helsingfors, 1888) préparée comme

la suivante à la Salpêtrière, marque une date : l'auteur réunit en effet toutes les observations publiées jusque-là et donne une statistique exacte et détaillée de tous les cas d'hystérie infantile. La thèse de Mlle Goldspiegel (1888), dont les recherches puisent aux mêmes sources, insiste sur l'importance du traitement précoce pour la cure définitive de l'hystérie chez les enfants.

La même année, M. Grancher publie une observation, intéressante par sa rareté, d'hystérie débutant à l'âge de 18 mois et insiste plus tard sur l'importance des formes frustes.

En Allemagne et en Autriche, on voit éclore, durant cette période, les premiers articles traitant la question de l'hystérie infantile. C'est d'abord Liebermeister (1) qui indique les symptômes psychiques comme les plus importants dans le tableau clinique de l'hystérie. L'année suivante, Leidesdorf (2) conteste cette opinion et tient l'hystérie pour une névrose compliquée de troubles psychiques. Les pédiâtres allemands introduisent dans leurs monographies ces deux tendances, dont la première rallie d'ailleurs le plus grand nombre de partisans.

Dès 1884, le traité de Gerhardt contient un article d'Otto-Soltmann sur l'hystérie infantile où cet auteur relève la fréquence relative de l'hystérie aux environs de la puberté.

En 1885, le traité si remarquable à tous égards de Henoeh donne une description clinique très précise de l'hystérie infantile et en distingue quatre variétés suivant

(1) *Ueber Hysterie und deren Behandlung*, Leipzig, 1883.

(2) *Wien. med. Woch.*, 1884.

l'existence de troubles psychiques, de phénomènes convulsifs, de mouvements coordonnés, enfin de phénomènes névralgiques ou trophiques.

En 1889, Duvoisin de Bâle publie dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, un mémoire important où il défend la théorie de Liebermeister à l'aide d'observations d'hystérie infantile revues plusieurs années après la puberté. Cet auteur insiste sur la transformation progressive fréquente de cette maladie en affections psychiques graves. Pour lui, les processus vaso-moteurs et les hyperémies, anémies ou œdèmes, joueraient un rôle important dans l'hystérie. C'est, en germe, pourrait-on dire, la théorie physio-pathologique fondée sur des cas d'hystérie infantile. Ce travail, encore que fort discutable, est un des rares documents où se révèle la préoccupation d'éclairer, par l'étude de l'enfance, la pathogénie générale de l'hystérie.

En France, c'est toujours l'observation clinique qui prédomine et qui pose alors la question de l'hystérie de la première enfance.

Chaumier de Tours (1885-1891), Burnet (1891), Olivier (1891), produisent des arguments nombreux en faveur de son existence. Chaumier, dans un travail présenté à l'académie de Médecine en décembre 1891, affirme la réalité de l'hystérie chez les nourrissons et dans le tout jeune âge. Il démembre et conteste l'ancienne éclampsie infantile et veut y voir fréquemment la marque nette d'une hystérie au début et l'équivalent d'attaques convulsives des âges plus avancés. Ollivier, dans son rapport daté d'août 1892, soutient ces conclusions et Magitot, à la même date, nie la réalité des accidents nerveux de la dentition.

Bardol, élève de Dejerine, dans une thèse très judicieuse (1893), critique, au cours de son exposé historique, cette conception de Chaumier à laquelle il reproche surtout son exclusivisme. Il admet, en effet, le principe de l'hystérie du premier âge et cite, à ce propos, le mot de Pitres, récent alors et si souvent répété depuis :

« On naît hystérique, on ne le devient pas. »

Il consacre son étude qui se rapproche, au point de vue spécial de l'hystérie infantile, de la thèse contemporaine de Souques, aux syndromes simulateurs des affections organiques de l'encéphale. Basant son travail sur le mot de Charcot : « Tout se passe dans l'hystérie suivant des règles toujours les mêmes », on pourrait rapprocher de ses affirmations cliniques les conclusions pathogéniques toutes récentes de Wernicke et de Kraepelin qui veulent assigner à l'hystérie et à ses manifestations, une origine anatomo-pathologique constante.

La même année, paraît dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, un mémoire de critique générale et de pathogénie où Kamienski étudie le « stade de début de l'hystérie dans l'enfance ». On y remarque une tendance à la synthèse et une conception générale de l'hystérie infantile. Il discute la théorie de Mœbius de l'hystérie par représentation mentale et insiste, un des premiers, sur la nécessité théorique et pratique d'étudier dans l'enfance cette affection considérée comme un trouble du développement psychique.

En 1894, Bernheim communique à la Société de médecine de Nancy, 3 cas d'hystérie infantile dont 2 chez des fillettes ; P. Simon, un mois plus tard, y présente 11 observations d'hystérie infantile dont 10 concernant des fil-

lettes. Dans la même séance, Haushalter en rapporte 3 cas concernant encore des fillettes.

Les observations et les thèses se multiplient dès lors et il faut citer les travaux de Bézy, de Dupré (Congrès de Lyon, 1894), les thèses de Noblet (1895), de Roesch (1895), de Pochon (1897), de Craponne (1898), qui étudient successivement le méningisme et notamment le méningisme hystérique.

Signalons enfin la thèse très documentée d'Isnard de Montpellier (1896), celle de Conturies (Paris, 1896), enfin une thèse de Kaler (1899), inspirée par Haushalter.

Entre temps, avait paru un ensemble de travaux dus à Bézy et à son élève Bibeut. Le premier met la question au point dans son rapport au Congrès des aliénistes de Toulouse (1897). L'année suivante, paraît à Toulouse la thèse de Bibeut, *L'hystérie simulant les affections organiques de l'enfance*. Ces deux auteurs font paraître en 1900 une monographie, *L'hystérie infantile et juvénile*, qui résume fort utilement la question, surtout au point de vue historique et clinique et qui contient une bibliographie très complète à laquelle nous nous permettons de renvoyer le lecteur pour les travaux parus jusqu'à cette date.

En 1898 est édité le 4<sup>e</sup> volume du *Traité des maladies de l'enfance*.

Il contient, signé de Saint-Philippe, un article fort intéressant et d'une réelle portée générale.

Le médecin de Bordeaux critique judicieusement les documents antérieurs et indique les points trop nombreux restés encore en litige.

En 1901, dans les *Archives générales de médecine*, Carrière et Sonnevile contribuent par l'étude de 15 observations

personnelles à établir l'origine fréquemment hystérique de la chorée de Sydenham.

A l'étranger, ces dernières années ont vu également de nombreuses publications.

En 1895, Bruns communique au XXIV<sup>e</sup> Congrès de la Société des médecins-aliénistes de la Basse-Saxe et de Westphalie une étude importante sur l'hystérie infantile.

Il indique les particularités de la névrose à cet âge, la considérant avec Charcot comme fréquemment mono-symptomatique. Il s'efforce d'en préciser la pathogénie et, admettant la nature psychique de l'affection, il s'accorde avec Mœbius à ne voir dans l'hystérie que la reproduction de troubles fonctionnels qui pourraient être produits volontairement. Il reconnaît d'ailleurs que tous les symptômes ne s'accroissent point de cette théorie.

Signalons ensuite un article de Steiner (1897) dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, une communication de Saenger à la Société médicale de Hambourg (1898) et, la même année une thèse de Berlin par Salge.

Tout récemment, à la 75<sup>e</sup> réunion des naturalistes et médecins allemands à Cassel (25 septembre 1903), Bruns publie, en même temps que Thiemich de Breslau, un nouveau rapport sur le même sujet. Il insiste sur la fréquence de l'affection chez les enfants, sur les diverses formes et notamment l'astasia-abasia, sur l'absence des stigmates qu'il cherche à expliquer par des particularités de la vie représentative à cet âge.

Il s'appuie pour le diagnostic, souvent si délicat, sur la grande influence du traitement psychique vis-à-vis des symptômes hystériques. Il revient enfin sur la bénignité

pronostique déjà énoncée naguère par Charcot et qui n'exclue point la nécessité d'une thérapeutique précoce et psychique dont la suggestion par surprise, l'indifférence systématique et l'isolement constituent les facteurs essentiels.

Les auteurs de langue anglaise ont aussi fourni quelque appoint à l'étude de l'hystérie infantile. Nous avons déjà signalé le nom de Sydenham ; nous aurions pu y joindre celui de West et même celui de Brodie (1837), dont les indications sont restées si précieuses dans le diagnostic de certaines affections hystériques qui semblent plus particulièrement l'apanage de l'enfance.

Herman Smidt (1880) et surtout Henry Dessau (*The american Journal of obstetrics*) ont largement contribué à justifier la part de l'enfance dans le domaine de l'hystérie.

Plus récemment, quelques observations éparses dans les journaux anglais et américains et un article d'ensemble de de Merrit dans le *N. Y. med. Journal* (juin 1900) consacré à la fois à l'hystérie et à la neurasthénie des jeunes sujets, telles sont les principales, et d'ailleurs relativement rares, publications anglaises touchant la question qui nous occupe.

Ce rapide aperçu historique serait stérile s'il ne nous conduisait à quelques considérations générales sur l'évolution des idées au cours de ces années déjà nombreuses.

Nous avons vu successivement l'hystérie, maladie nerveuse, se constituer, l'hystérie infantile s'affirmer d'abord timidement, être admise ensuite par tous les auteurs. Peu à peu, son histoire clinique se précise, ses modalités sont étudiées : on la dépiste sous tous ses aspects et l'observation,

mise en éveil, en multiplie les exemples et en fait reconnaître la fréquence.

L'hystérie infantile, née dans le domaine de la clinique générale, étudiée par les neurologues, fait retour à la pédiatrie. Dans ces dernières années, ce sont les médecins d'enfants qui ont écrit son histoire et les traités généraux de l'hystérie, l'ouvrage de Pitres comme celui de Gilles de la Tourette, consacrent seulement quelques pages à son étude.

La plupart des auteurs se sont inspirés des théories régnautes sur l'hystérie en général pour éclairer les cas d'hystérie infantile et, exception faite de quelques auteurs allemands, la tentative inverse ne paraît point avoir été essayée. La notion capitale de la tare héréditaire dans l'étiologie de l'hystérie, les données statistiques qui font voir la prédilection de cette maladie pour la période de l'adolescence, l'importance prépondérante, sinon exclusive, du psychisme dans les manifestations devraient encourager les théoriciens de l'hystérie à éclairer son mécanisme pathogénique à la lueur des observations d'hystérie infantile.

La maladie est étudiée là à son début dans ses manifestations élémentaires. Elle s'édifie sur un assemblage mental relativement récent et partant moins complexe.

Et pourtant l'étude théorique de l'hystérie infantile est encore à cet égard relativement peu avancée et peu instructive. C'est que les données primitives en sont encore bien obscures par certains points.

Les convulsions et les spasmes du jeune âge, les terreurs nocturnes de la première enfance, sont-ils ou non des phénomènes hystériques ? Dans le développement psychique de l'enfance, où commence la tare névropathique et peut-on

y préciser la part de l'hystérie proprement dite, vis-à-vis des formes variées de dégénérescence mentale ?

La rareté même des signes de l'hystérie des enfants, l'absence presque constante des stigmates physiques, dont la valeur positive est toujours importante chez l'adulte, l'incertitude des stigmates psychiques dont la prépondérance a été si exagérée par l'école allemande, rendent ici plus nécessaire la possession d'un critérium diagnostique.

Que convient-il d'englober dans le domaine de l'hystérie infantile ?<sup>1</sup> Qu'est-ce qu'un phénomène hystérique ? Le temps n'est plus où l'on acceptait la phrase si peu scientifique de Lasègue : « La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. » Nous ne partageons pas à ce sujet l'optimisme de Bardol qui considère l'hystérie comme « une chose fort claire » qu'une définition ne pourrait « qu'obscurcir ».

Nissl (1), dans un article récent traitant des symptômes hystériques dans les troubles mentaux simples, donne de l'hystérie une définition qui montre combien la question paraît encore peu nette. « Le seul critérium certain de la nature hystérique d'un symptôme est la preuve de l'existence d'hystérie chez l'individu atteint », et encore : « Sous le nom d'hystérie, nous comprenons une maladie congénitale qui comporte un état spécial du système nerveux, lequel se manifeste cliniquement par le développement du caractère dit hystérique et se montre actif d'une façon permanente, en ce sens que des troubles somatiques passagers et diverses formes de folie spécifique peuvent être provoquées par des représentations. »

(1) NISSEL, *Centralblatt f. Nervenheilk. und Psych.*, 1901.

En somme, Nissl, par ces tautologies qui surprennent un peu sous la plume de l'éminent névro-pathologiste, veut dire seulement que des manifestations hystériformes se rencontrent fréquemment dans des affections variées et qui ne méritent pas le nom d'hystérie. « Les symptômes hystériques, dit-il, n'ont rien en soi de caractéristique. Ils ne méritent ce nom que parce qu'ils se développent *sur le terrain d'un état hystérique*, qu'ils se dissipent et sont influencés par un traitement psychique et peuvent disparaître sans laisser de traces. »

L'admission d'idées pareilles entraînerait presque la négation de tout diagnostic d'hystérie dans l'enfance, où cette affection est essentiellement mono-symptomatique et aurait ainsi un inconvénient théorique et pratique considérable.

A dire vrai, il n'est point dans les névroses d'évolution, de groupe parfaitement fermé, au point de vue élevé de la pathologie générale, mais la constitution de cadres nosologiques n'en est pas moins justifiée.

Il était donc nécessaire de rechercher un critérium qui permette d'englober tous les cas d'hystérie, qu'il s'agisse de formes nettement constituées comme de formes ébauchées ou larvées.

Ce critérium, M. Babinski l'a réclamé vainement à toutes les définitions de l'hystérie proposées jusqu'alors. Et pourtant, dit-il, soutenir que l'hystérie n'est point définissable équivaldrait à contester son existence en tant que maladie.

Après avoir passé en revue les divers caractères attribués généralement aux accidents hystériques, M. Babinski en retient deux : 1° ils peuvent être reproduits par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets ;

2° ils disparaissent sous l'influence exclusive de la persuasion. Il attribue d'ailleurs au terme de suggestion un sens péjoratif, et, pour lui, l'hystérie est « un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner ».

Cette définition, très satisfaisante dans l'état actuel des connaissances, nous paraît devoir éclairer d'un jour nouveau l'hystérie des enfants. Par une sorte de réciprocité, nous trouverons d'ailleurs, dans l'analyse des faits, une justification du postulat. Chez l'enfant, et notamment dans la première enfance, les phénomènes qu'il permet d'éliminer sont facilement rattachés à d'autres causes.

En résumé, il convient d'envisager dans l'hystérie un état psychique, la suggestibilité, et des manifestations. Quelles sont les conditions générales de cet état psychique ? L'hérédité, l'âge, la constitution physiologique et pathologique jouent-ils un rôle, nécessaire ou contingent, dans sa formation ?

Les phénomènes hystériques eux-mêmes, quelles causes dans l'enfance provoquent leur apparition ? A quelles lois, s'il en est, sont soumises leurs reproductions et leurs variations ?

C'est à ces diverses questions que nous avons tenté de répondre. Préciser les limites rationnelles de l'hystérie des enfants ; établir, s'il y a lieu, le rôle des tares organiques dans son étiologie, reconnaître les conditions physiologiques et psychiques qui favorisent ses manifestations, telle est la tâche que nous avons entreprise.

Cette étude n'offre pas seulement un intérêt théorique. Mieux connue dans sa formation, l'hystérie des enfants sera plus utilement combattue.

Charcot, et nombre d'auteurs à sa suite, ont insisté « sur la fragilité des phénomènes hystériques de l'enfance ». Mais si le symptôme n'est rien dans l'espèce, la constitution est déjà ébauchée qui permettra le retour et l'aggravation des accidents. C'est à l'âge où le terrain est encore malléable que les causes morbides doivent être prévues et évitées. Plus que le médecin ordinaire, le pédiâtre est un hygiéniste et la prophylaxie doit trouver en lui son plus ardent défenseur.

## LES CAUSES PRÉDISPOSANTES

De toutes les influences qui prédisposent l'enfance à l'hystérie, il n'en est pas de plus généralement admise que celle de la *tare héréditaire*. Il faut envisager son action sous divers aspects.

Nous résumerons ici les indications que nous fournissent la clinique et les statistiques anciennes, pour établir la valeur relative de l'hérédité similaire ou dissemblable, directe ou indirecte.

Nous y joindrons les notions de même source, touchant les conditions d'âge, l'influence de la croissance et de la puberté, celle du surmenage et des maladies infectieuses.

Ces faits recueillis, nous tâcherons, dans les chapitres ultérieurs, de préciser la nature même de la prédisposition. Nous chercherons à pénétrer les altérations physiques et psychiques, s'il en est, qui précèdent et font prévoir le développement des phénomènes hystériques ; nous nous efforcerons, en somme, de définir la tare plus ou moins apparente qui existe chez l'hystérique hormis ou avant le phénomène hystérique.

M. Dejerine, dans sa thèse d'agrégation de 1886, écrivait : « S'il est une névrose dans laquelle l'hérédité ne fasse pas l'ombre d'un doute, dans laquelle elle domine toute l'étiologie, c'est assurément l'hystérie. »

Georget, dès 1831, avait énoncé l'importance de cet axiome en ce qui touche les femmes hystériques. Il retrou-

vait, presque toujours, parmi leurs proches, des hystériques, des épileptiques, des hypochondriaques, des aliénés, des sourds ou des aveugles

Charcot insistait également sur l'importance primordiale de l'hérédité et Souques (*Archives générales de médecine*, 1889) dans un travail sur l'hystérie masculine dit aussi : « L'hystérie ne germe que sur un terrain préparé par l'hérédité nerveuse. »

Etudiant l'étiologie de l'hystérie, Batault, dans sa thèse inaugurale (1885), et Pitres, donnent également des chiffres très élevés comme proportion d'ascendants névropathiques chez les *hystériques adultes*.

Le premier admet que 77 0/0 des hystériques mâles sont issus de souches névropathiques.

Pitres, considérant 13 malades, trouve 20 sujets névropathes à des degrés divers sur les 26 ascendants correspondants.

Si nous considérons maintenant l'hérédité de l'*hystérie dans le jeune âge*, ces constatations acquièrent, s'il est possible, plus de valeur encore.

L'hystérie précoce a ses racines dans le passé, elle exige une transmission des tares ancestrales et Briquet avait déjà affirmé la réalité de cette formule.

« Sur 80 cas d'hystérie chez les enfants, il s'est trouvé, dit-il, 58 cas d'hystérie chez les parents (parents, frères et sœurs), 2 cas d'aliénation mentale, 3 cas d'épilepsie.

Pour Peugniez, « l'hystérie infantile relève de l'hérédité dans une proportion plus considérable encore que l'hystérie des adultes ». Ce fait ressortissait déjà nettement des sta-

**L'hérédité dans**

| NOMS.                 | AGE DU DÉBUT. | AGE ACTUEL. | 1 <sup>re</sup> MANIFESTATION.            |
|-----------------------|---------------|-------------|-------------------------------------------|
| René V. . . . .       | 6 à 7 ans.    | 14 ans.     | Terreurs nocturnes.                       |
| Edouard M. . . . .    | 8 ans.        | 13 ans.     | Contracture d'origine<br>traumatique.     |
| Georges T. . . . .    | 10 ans.       | 13 ans.     | »                                         |
| Georges G. . . . .    | »             | »           | »                                         |
| Blanche S. . . . .    | 12 ans.       | 14 ans.     | Cauchemars. Somnambu-<br>lisme. Frayeurs. |
| Jeanne B. . . . .     | 7 ans.        | 9 ans.      | Vomissements.                             |
| Jeanne D. . . . .     | 11 ans.       | 11 ans.     | Chorée.                                   |
| Mercèdès L. . . . .   | 13 ans.       | 13 ans.     | Crises d'hystérie. Som-<br>meil.          |
| Georgette M. . . . .  | 5 ans.        | 12 ans.     | Pseudo-méningite.                         |
| Hélène R. . . . .     | 11 ans.       | 12 ans.     | Astasie-abasie.                           |
| Laure M. . . . .      | 7 ans.        | 8 ans 1/2.  | Terreurs nocturnes.                       |
| Estelle L. . . . .    | 13 ans.       | 14 ans.     | Crises convulsives.                       |
| Léontine O. . . . .   | 13 ans 1/2.   | 13 ans 1/2. | Pseudo-appendicite.                       |
| Antoinette B. . . . . | 10 ans.       | 10 ans.     | Crises convulsives. Trem-<br>blement.     |
| Charlotte M. . . . .  | Enfance.      | 9 ans.      | Incontinence d'urine.                     |
| Alice G. . . . .      | 14 ans.       | 14 ans.     | »                                         |

**L'hystérie infantile.**

| ÉTAT ACTUEL.                                                                   | ASCENDANTS.                                                                                                        | COLLATÉRAUX.                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hyperesthésie.<br>Contracture d'origine<br>traumatique.<br>Crises convulsives. | Père et mère nerveux.<br>Mère hystérique.<br><br>Mère nerveuse, convulsions dans<br>l'enfance.                     | Un frère, incontinence d'urine.<br><br>Les six frères et sœurs ont eu<br>des convulsions en bas-âge.<br>Deux autres sont morts avec<br>phénomènes convulsifs. |
| id.                                                                            | Père absinthique et tubercu-<br>leux.                                                                              | Un frère épileptique suicidé à<br>22 ans; une sœur anémique<br>hystérique, âgée de 28 ans.                                                                    |
| Attaque de sommeil.                                                            | Père absinthique. Grand'mère,<br>folie de ménopause.                                                               | Frère dégénérescence mentale.<br>Tante folle.                                                                                                                 |
| Vomissements.                                                                  | Mère hystérique. Père alcoolique.                                                                                  |                                                                                                                                                               |
| Chorée.                                                                        | Mère choréique, rhumatisante,<br>asthmaticque.                                                                     |                                                                                                                                                               |
| Crises d'hystérie. Som-<br>meil.                                               | Père migraineux, mère rhuma-<br>tisante.                                                                           |                                                                                                                                                               |
| Stigmates hystériques.<br>Coxalgie vraie.                                      | Parents bien portants.                                                                                             | Une tante a eu des accidents<br>hystériques dans l'enfance<br>sommambulisme et fugues).                                                                       |
| Tremblement.                                                                   | Mère nerveuse, impressionna-<br>ble. Grand'mère, accidents<br>nerveux de ménopause (crises<br>et somnambulisme).   | Une tante a eu des crises de<br>nerfs. Un oncle est mort de<br>méningite.                                                                                     |
| Hallucinations et ter-<br>reurs nocturnes.                                     | Père asthmaticque et un peu<br>absinthique. Mère impres-<br>sionnable. Grand-père mater-<br>nel mort fou à 55 ans. |                                                                                                                                                               |
| Points hystérogènes. Ab-<br>sence.                                             | Père absinthique. Grand'mère,<br>folie de ménopause.                                                               |                                                                                                                                                               |
| Pseudo-appendicite.                                                            | Mère nerveuse. Père mort ba-<br>cillaire.                                                                          |                                                                                                                                                               |
| Crises convulsives. Trem-<br>blements.                                         | Pas de tare névropathique. Père<br>rhumatismal.                                                                    |                                                                                                                                                               |
| Crises convulsives.                                                            | Père nerveux. Mère morte ba-<br>cillaire.                                                                          |                                                                                                                                                               |
| Boiterie et parésie.                                                           | Père bien portant. Mère ner-<br>veuse et bacillaire.                                                               |                                                                                                                                                               |

tistiques de Briquet, puisque, d'après l'ensemble de ses données, la proportion de tares névropathiques, chez les père et mère seuls, de 25 0/0 pour les hystériques adultes, atteint environ 30 0/0 pour les hystéries développées avant 12 ans.

Kaler relève l'hérédité névropathique dans 25 cas sur 36.

Le tableau ci-contre, concernant 16 observations personnelles, vient à l'appui des affirmations précédentes.

Nous y relevons 7 fois l'hystérie chez les parents ou les collatéraux. Quant au nervosisme, caractérisé par une impressionnabilité morale, l'émotivité, ou physique, les convulsions infantiles, l'incontinence d'urine, la chorée, nous le rencontrons 11 fois chez les parents, 4 fois chez les collatéraux.

La relation de l'hystérie avec les psychoses est reconnue dans 3 cas. Dans 2 cas, le père était absinthique, dans un autre, il était éthylique.

Briquet avait cherché à établir l'importance relative de l'hérédité névropathique d'origine paternelle ou maternelle. Il avait cru reconnaître que l'hérédité maternelle était plus souvent en cause.

Duvoisin, de Bâle, sur 13 cas d'hérédité névropathique, la rencontre 6 fois chez le père, 4 fois chez la mère, et 3 fois chez les père et mère.

Dans nos observations nous trouvons l'hérédité névropathique transmise à la fille 8 fois par la mère, 2 fois par le père, 1 fois par les deux ascendants. Nous la voyons transmise au fils 2 fois par la mère, 1 fois par les père et mère. En somme, la tare nerveuse procède le plus souvent de la mère

et cela surprend peu, étant donné la fréquence relative des névroses et surtout de l'hystérie dans les deux sexes.

La migraine, l'asthme, le rhumatisme sont relevés dans les antécédents de 8 des ascendants directs sur 34. La migraine et le rhumatisme sont seuls notés dans les antécédents héréditaires de 2 hystéries très nettement caractérisées.

Faisons remarquer encore que les 4 malades chez qui l'hystérie s'est manifestée sous forme de crises convulsives ne sont point nés de parents hystériques, mais bien de rhumatisants, de choréiques ou d'absinthiques.

La névropathie héréditaire n'est donc pas seule en cause dans les antécédents de nos malades.

Et nous voici conduit à étudier les relations des diverses diathèses et notamment de l'arthritisme avec l'hystérie des enfants.

Cette question n'est point nouvelle. Tandis que l'hérédité de nature névropathique est admise sans conteste, le rôle des autres diathèses a donné lieu à maintes controverses.

Gilles de la Tourette pose la question fort nettement dans son traité et adopte d'ailleurs la négative en ces termes. « Les épileptiques engendrent des épileptiques, les hystériques engendrent des hystériques, les arthritiques donnent naissance à des rhumatisants, mais rien n'autorise à admettre que ces diverses hérédités se fusionnent dans l'espèce pour produire l'hystérie alors même qu'on constate si souvent leur association. »

Cette opinion émise déjà par Charcot, avait été remarquablement exposée par M. Féré, notamment dans la « Famille névropathique ». Quoique bien définie, « elle n'est point, dit-il, complètement isolée des autres groupes patho-

logiques, mais ses alliances avec les dégénérescences et les maladies de la nutrition ne font qu'accentuer la fatalité inexorable de son évolution ».

Au contraire, l'école de Bouchard, et l'un de ses plus distingués représentants, M. Legendre, opine pour un avis sensiblement différent :

Dans son étude de l'hérédité nerveuse (1), il relie très nettement la diathèse arthritique et les manifestations névropathiques. « L'arthritisme n'a-t-il qu'une puissance particulièrement active ? Ou bien l'arthritisme et la diathèse névropathique sont-ils deux états congénères résultant d'un trouble de la nutrition différemment spécialisé ? C'est cette dernière interprétation que j'accepte : c'est à titre d'**états de dégénérescence** que la névropathie, la scrofule, la tuberculose, l'arthritisme, etc., se trouvent combinés dans les familles ; et dans certaines conditions, leurs manifestations se transforment ou s'excitent réciproquement. »

En ce qui concerne l'hystérie même, nous voyons M. Grasset défendre, surtout pour la tuberculose, la possibilité d'une hérédité de transformation. « Les névroses, en général, l'hystérie en particulier, peuvent aussi être la manifestation directe de l'affection diathésique. »

Nos recherches personnelles nous ont amené à distinguer dans ce problème deux éléments bien différents. A notre avis, certaines diathèses et surtout la diathèse arthritique des ascendants peut se manifester chez les enfants par un ensemble de phénomènes dus à une excitabilité anormale

(1) *Traité de pathol. génér.*, t. I<sup>er</sup>.

du système nerveux dans tout ou partie de ses éléments constitutifs.

D'autre part, l'étude que nous ferons plus loin de l'état de la nutrition dans l'hystérie des enfants (1) nous indiquera très fréquemment les caractères généraux attribués à la diathèse arthritique.

La coïncidence que nous avons également relevée de ces altérations dans d'autres névroses montre qu'il ne s'agit point là d'une disposition spéciale à l'hystérie. Aussi attribuerons-nous à l'arthritisme un rôle de prédisposition névropathique générale qui réclame l'intervention nécessaire d'influences variées pour se déterminer dans le sens de l'hystérie.

La tuberculose elle-même, la diathèse tuberculeuse, comme dit le professeur Grasset, serait fréquemment observée dans l'hérédité des hystériques.

Krafft-Ebing, Emminghaus avaient noté son rôle dans l'étiologie générale des psychoses, sans lui attribuer, comme Jolly, une influence spéciale dans l'hystérie. Peugniez, étant donné la fréquence de la tuberculose, ne lui accorde qu'un rôle indirect et comme facteur, pour les enfants, de misère et de privations.

Duvoisin insiste pourtant sur l'origine possible de l'hystérie dans l'hérédité tuberculeuse, comme étant la seule tare appréciable chez certains malades.

Notre expérience personnelle nous montre la tuberculose chez 5 ascendants (de 5 malades différents) sur 34 et dans un 6<sup>e</sup> cas, elle s'est manifestée avec une rigueur extrême

(1) Cf. chap. III.

chez les collatéraux. Une pareille proportion n'a rien de très anormal et ne permet guère de conclusions positives.

Au surplus, nous admettons volontiers l'influence de l'hérédité bacillaire sur l'excitabilité nerveuse générale; nous l'avons observée dans des limites très étendues en ce qui concerne les convulsions de la première enfance, même lorsqu'elles sont transitoires et bénignes d'apparence. Quant à son action sur le développement de l'hystérie, notre expérience ne nous permet pas de la considérer comme très importante.

*Influence de l'âge et de la puberté.* — L'hystérie a-t-elle une prédilection pour l'enfance et dans quelle proportion se rencontre-t-elle avant la puberté, ou au moment même de son établissement?

Briquet nous donne à ce sujet le résumé des observations antérieures ou personnelles dans le tableau suivant :

|                | Chiffres de Landouzy | de Georget | de Beau  | de Briquet |
|----------------|----------------------|------------|----------|------------|
| de 0 à 10 ans. | 4                    | 1          | »        | 66         |
| 10 à 15 ans.   | 48                   | 5          | 6        | 98         |
| 15 à 20 ans.   | 105                  | 7          | 7        | 140        |
| etc. etc.      | etc.                 | etc.       | etc.     | etc.       |
|                | <hr/> 355            | <hr/> 21   | <hr/> 18 | <hr/> 426  |

En résumé, conclut Briquet « un cinquième des cas d'hystérie (chez la femme) se développe, dans nos climats et avec nos mœurs, avant l'âge de la puberté ;

2° Un peu plus du tiers des cas d'hystérie se développe de l'âge de 15 à celui de 20 ans.

Clopatt qui étend la limite de l'enfance jusqu'à 15 ans, considère que  $\frac{1}{3}$  à  $\frac{1}{4}$  des hystéries se manifestent avant la puberté. Encore n'a-t-il point tenu compte, dit-il, d'épi-

démies diverses observées chez les jeunes filles dans des couvents ou des écoles.

Pitres considère que c'est après la puberté que l'hystérie éclate le plus souvent. Il nous donne la proportion suivante :

|                         | H. | F. | T.  |
|-------------------------|----|----|-----|
| De 6 à 10 ans . . . . . | 1  | 1  | 2   |
| — 11 à 15 ans . . . . . | 4  | 12 | 16  |
| — 16 à 20 ans . . . . . | 6  | 34 | 40  |
| etc. . . . .            | 20 | 22 | 42  |
| Total. . . . .          | 31 | 69 | 100 |

Pitres en conclut que l'hystérie se développe surtout chez la femme entre 11 et 25 ans et chez l'homme entre 26 et 40 ans.

Bruns, du Hanovre, dans son dernier rapport, indique la proportion de 144 enfants sur 700 hystériques, soit 1/5 environ.

Ayant limité nos recherches personnelles à des enfants, nous n'avons pas d'opinion précise sur cette question. Au surplus, les hystéries de l'enfance, ordinairement légères et transitoires nécessitent moins souvent l'hospitalisation que celles des adultes et l'on se ferait une idée inexacte de l'importance comparée des deux groupes en consultant les registres de services d'hôpitaux. En outre, la nature des accidents est assez fréquemment méconnue, et tel phénomène passant pour une indisposition organique passagère n'est souvent que la marque d'un état hystérique latent.

Fréquente dans l'enfance d'une manière générale, l'hystérie, comme les névroses et comme les psychoses, offre une progression croissante de la sixième année à la pu-

berté. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de l'hystérie dans les premières années.

Le relevé, souvent cité de Briquet et qui, malgré les critiques, dont seraient passibles certaines de ses observations, ne manque pas d'intérêt, nous donne la répartition suivante de 87 cas :

A un âge qui n'a pu être désigné autrement, qu'en l'appelant l'enfance . . . . . 31 cas.

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Début à 5 ans . . . . . | 3 »  |
| — 6 à 7 » . . . . .     | 6 »  |
| — 7 à 8 » . . . . .     | 11 « |
| — 8 à 9 » . . . . .     | 6 »  |
| — 9 à 10 » . . . . .    | 9 »  |
| — 10 à 11 » . . . . .   | 4 »  |
| — 11 à 12 » . . . . .   | 17 » |

Clopatt, à qui nous devons le travail le plus complet de statistique jusqu'en 1888, classe ainsi les 272 observations réunies par lui :

|                                     | F.  | G. | Total |
|-------------------------------------|-----|----|-------|
| Début de l'enfance tendre . . . . . | 19  | 1  | 20    |
| A l'âge de 3 ans. . . . .           | »   | 1  | 1     |
| — 4 » . . . . .                     | 1   | 1  | 2     |
| — 5 » . . . . .                     | 4   | 2  | 6     |
| — 6 » . . . . .                     | 3   | 2  | 5     |
| — 7 » . . . . .                     | 15  | 4  | 19    |
| — 8 » . . . . .                     | 16  | 6  | 22    |
| — 9 » . . . . .                     | 15  | 7  | 22    |
| — 10 » . . . . .                    | 18  | 15 | 33    |
| — 11 » . . . . .                    | 24  | 17 | 41    |
| — 12 » . . . . .                    | 22  | 13 | 35    |
| — 13 » . . . . .                    | 27  | 16 | 43    |
| — 14 » . . . . .                    | 12  | 8  | 20    |
| — 15 » . . . . .                    | »   | 3  | 3     |
|                                     | 176 | 96 | 272   |

Pitres, sur un ensemble de 100 hystériques, note 2 cas de 6 à 10 ans, 16 cas de 11 à 15 ans.

Kaler, sur 36 observations nouvelles, en trouve 12 de 5 à 9 ans et 24 de 10 à 13 ans.

Carrière et Sonnevillle, dans leur mémoire sur la chorée arythmique hystérique, indiquent ainsi l'âge de 29 sujets :

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Au dessous de 6 ans . . . . . | 0  |
| A 6 ans 1/2 . . . . .         | 1  |
| De 8 à 10 ans . . . . .       | 11 |
| — 10 à 11 ans . . . . .       | 7  |
| — 11 à 13 ans . . . . .       | 6  |
| — 13 à 15 ans . . . . .       | 4  |

Bruns note que sur 144 enfants hystériques, la plupart sont âgés de 7 à 12 ans et beaucoup de 12 à 16 ans.

A 6, 5 et 4 ans, il a relevé 6 cas seulement. Les plus jeunes sont deux enfants de 3 ans. Il n'a trouvé aucune observation au-dessous de cet âge.

Le début de l'affection s'est manifesté chez nos malades dans les délais suivants :

|                   |       |
|-------------------|-------|
| A 5 ans . . . . . | 1 cas |
| 6 » . . . . .     | 1 »   |
| 7 » . . . . .     | 3 »   |
| 8 » . . . . .     | 2 »   |
| 9 » . . . . .     | 2 »   |
| 10 » . . . . .    | 2 »   |
| 11 » . . . . .    | 2 »   |
| 12 » . . . . .    | 2 »   |
| 13 » . . . . .    | 2 »   |
| 14 » . . . . .    | 1 »   |

Mais si l'on considère l'âge où des accidents un peu sé-

rieux les ont menés à nous, on obtient le tableau suivant :

|                     |       |
|---------------------|-------|
| 8 ans . . . . .     | 1 cas |
| 9 à 10 » . . . . .  | 3 »   |
| 11 à 12 » . . . . . | 5 »   |
| 13 à 14 » . . . . . | 8 »   |

On voit ainsi se préciser cette notion que nous avons déjà émise, que les accidents hystériques augmentent en fréquence et en intensité à mesure que l'on se rapproche de la puberté.

S'agit-il d'une influence de la puberté même ou faut-il ne voir l'origine de cette fréquence relative que dans le développement mental plus avancé ?

A vrai dire, la période menstruelle semble jouer un rôle direct dans la production des phénomènes hystériques.

Mais, avant de l'envisager, nous retiendrons ce fait que l'époque de la puberté est généralement reculée chez nos malades.

Les tableaux dressés par Duvoisin qui a pu revoir plusieurs malades longtemps après leurs premiers accidents nous donnent aussi quelques renseignements sur ce point.

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| Une hystérique de 13 ans . . . . . | a été réglée à 17 ans |
| » 11 » . . . . .                   | 16 »                  |
| » 11 » . . . . .                   | 14 »                  |
| » 11 » . . . . .                   | 16 »                  |
| » 12 » 1/2 . . . . .               | 15 »                  |
| » 8 » . . . . .                    | 18 »                  |
| » 12 » 1/2 . . . . .               | 13 » 1/2              |
| » 13 » . . . . .                   | 16 »                  |
| » 10 » 1/2 n'était pas réglée      | 17 »                  |
| » 13 » . . . . .                   | a été réglée 18 »     |
| » 9 » 1/2 . . . . .                | 12 » 1/2              |

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| Une hystérique de 11 ans | a été réglée à 14 ans |
| » 11 »                   | » 14 »                |
| » 12 »                   | » 14 »                |
| » 13 » 1/2               | » 14 » 1/2            |

Sur 8 malades âgées de 11 ans au moins, nous n'en avons trouvé qu'une déjà menstruée, pour la première fois d'ailleurs, à l'âge de 13 ans. Trois fillettes, âgées de 14 ans, une de 13 ans 1/2 n'étaient point réglées et ne présentaient pas de signes physiques de puberté prochaine.

Pour en terminer avec les relations cliniques de la puberté avec le développement de l'hystérie, il convient de noter la coïncidence des premières règles et des accidents hystériques.

Deux malades de Duvoisin ont eu une récurrence lors de la première époque menstruelle.

Nous avons relevé pareille coïncidence chez la malade mentionnée plus haut.

Citons encore au hasard une malade de Guinon (1892) (in th. Bardol) âgée de 14 ans et dont la pseudo-méningite débuta à l'occasion des premières règles ; une observation analogue due à Reynaud (1886) concernant une fillette de 14 à 15 ans, et rapportée comme la précédente dans la thèse de Noblet (Paris, 1895).

Dans un cas d'amaurose hystérique chez une fillette de 12 ans, rapporté par Cruchet (*Archives de neurologie*, 1901) la première atteinte survint 5 jours après les premières règles et les règles ne reparurent que l'avant-veille de la 8<sup>e</sup> attaque de cécité. Entre ces deux périodes, les crises d'amaurose double sont survenues presque toujours du 15 au 25 (13-18 juin, 10-18 juillet, 18-26 août, 18-25 octobre).

Nous pourrions multiplier ces indications et pourtant la relation du développement pubéral avec l'hystérie est loin d'être admise.

Pitres, citant un cas du même genre, conteste sa fréquence en ces termes : « Il peut être cité, parmi les cas assez rares du reste, dans lesquels le développement de l'hystérie est manifestement lié à l'évolution de la fonction génitale. »

Cette contradiction tient, nous semble-t-il, à une compréhension différente des termes. Il ne faut point considérer, en effet, la puberté dans son expression définitive, mais bien donner à ce mot la valeur que lui attribue Ant. Marro (1). « Il existe donc, dit-il, une période de plusieurs années, cinq à six chez la femme, et 8 à 10 chez l'homme, pour l'accomplissement de la crise pubérale, pendant laquelle cette dernière parcourt ses différents stades pour arriver à son accomplissement naturel. »

Il y a, en réalité, une période prépubère qui répond à un accroissement physique très marqué et à une véritable transformation psychique, période de transition qui, pour des motifs divers, que nous étudierons ultérieurement, prédispose certainement à toutes les névroses et psychoses (2). Cette période se prolonge d'ailleurs au delà de la puberté elle-même et comporte encore toute la phase de croissance consécutive à l'établissement des fonctions génitales.

Nous avons remarqué surtout le rôle de la puberté chez la femme ; c'est qu'en effet, dans l'enfance, comme aux âges plus avancés, le nombre des hystériques mâles est relativement restreint.

(1) A. MARRO, *La puberté chez l'homme et chez la femme*, Paris, 1901.

(2) V. page 79.

Nos malades, en particulier, se divisent en 13 filles et 4 garçons seulement, 3 d'entre eux avaient plus de 13 ans, le 4<sup>e</sup> avait 11 ans 1/2.

Si nous n'avions noté en passant le retard habituel et, en tout cas, la non-précocité des femmes hystériques au point de vue génital, on pourrait trouver à ces rapprochements de puberté et d'hystérie, comme un ressouvenir de la vieille théorie de l'hystérie.

En fait, la lenteur du développement génital est un indice d'infériorité constitutionnelle. Sur ce terrain prédisposé, l'apparition de la puberté jette un certain désarroi dans le jeu antérieur des fonctions organiques ; par les troubles quasi-physiologiques qu'elle détermine, elle offre autant de points d'appel à des localisations diverses de la névrose sur lesquelles nous insisterons plus loin.

Parmi les conditions physiques qui favorisent l'éclosion de l'hystérie, il convient d'ajouter le *surmenage*. Sous ce nom, il faut considérer à la fois l'excès de travail proprement dit et aussi les causes qui entravent le développement et entraînent tous ces troubles, réunis communément sous le nom de misère physiologique : mauvaise hygiène, logement insalubre, aération insuffisante, agglomération, alimentation défectueuse. C'est sans doute dans cet ensemble de conditions qu'il faut chercher la raison matérielle de la fréquence des phénomènes hystériques dans la classe inférieure et dans la population campagnarde.

Bruns, dont la clientèle comporte assurément plus de malades de la ville, note cependant une proportion de 40 0/0 d'enfants des campagnes. Au surplus, ce sont précisément ces malades qui présentent souvent des manifestations hystériques graves.

Le rôle du surmenage et des conditions hygiéniques défectueuses est encore mis en évidence dans les relations anciennes ou récentes d'épidémies hystériques qui se produisent dans les pensionnats, les couvents, les ateliers, les maisons de correction.

On trouvera plus loin la relation résumée d'épidémies observées dans ces divers milieux. On y voit généralement signalée l'influence du surmenage jointe à celles de la croissance et de la période pubérale.

Nous nous contenterons de rapporter ici à titre d'exemple, les indications très complètes et fort curieuses données par Steinhaus, d'Odessa, sur les conditions sociales d'enfants atteintes par une épidémie de hoquet hystérique (1).

Ces fillettes, au nombre de 11, étaient toutes de petites juives russes. Une d'entre elles avait 11 ans, une autre 12 ans, trois avaient 13 ans, deux 14 ans, deux 15 et deux 16 ans.

Toutes ces malades étaient de familles misérables et certaines d'entre elles, âgées de 13 ans et 14 ans, travaillaient pour faire vivre les leurs.

Elles cousaient dans l'atelier d'un tailleur de 6 heures du matin et plus tôt en été, jusqu'à 9 heures du soir, avec une demi-heure de répit pour dîner vers 2 ou 3 heures.

Les fillettes de 11 à 14 ans (apprenties) sont tenues de coudre à deux, chaque jour, 10 paires de pantalons. Ces apprenties louées ordinairement pour deux ans, reçoivent soit une nourriture médiocre, soit 1 rouble 50 par mois (5 francs).

Les plus grandes (ouvrières) reçoivent de 3 à 10 roubles par mois, sans nourriture.

Toutes sont très surmenées et durement réprimandées pendant la forte saison, pour les forcer à fournir plus de travail.

(1) STEINHAUS, Epidémie de hoquet. *Communication à la Société de médecine d'Odessa*, le 25 novembre 1900, in *Journal des S. Korsakoff*.

Quant à leur nourriture, elle consiste généralement au dîner en un hareng ou un peu de saucisse et du pain ou seulement du pain ; elles dépensent pour ce dîner environ 2 kopeks (1 sou). Elles ne prennent d'aliments chauds que le soir.

L'atelier lui-même laisse fort à désirer. On y accède par un escalier très sale, une cuisine où, couchées sur des boîtes, dorment des apprenties ; l'atelier est assez clair, mais au lieu de 13, chiffre prévu, on y réunit parfois jusqu'à 30 fillettes. Un poêle fissuré et qui fume souvent complète l'installation, et l'aération se résume en un petit vasistas.

Ce tableau est loin d'être une exception et la Russie notamment offre souvent de pareilles conditions de vie qui contribuent pour une certaine part, à la fréquence des manifestations névropathiques et hystériques, préparées d'ailleurs par des tares héréditaires et un état psychique un peu particulier.

S'il faut en croire Steinhaus, la rareté apparente de ces épidémies hystériques tient seulement à l'ignorance de ceux qui les observent ou au défaut de relations imprimées.

Pour en terminer avec l'étude des conditions prédisposantes, il nous faut encore envisager l'*influence de l'état de santé antérieur* et le rôle des affections diverses que l'on peut observer chez l'enfant.

Parmi les maladies infectieuses, il en est peu qui paraissent agir réellement dans le sens d'une prédisposition à l'hystérie. Pourtant la fièvre typhoïde et la scarlatine notamment, ont pu être l'origine des premiers accidents.

Dans une de nos observations, les premières crises d'halucinations nocturnes ont débuté avec une scarlatine et se sont renouvelées ensuite. Une observation de Raymond, rapportée par Pigeault (*Suggestion et pédagogie*, th. 1895),

donne l'histoire d'une fillette atteinte de surdité verbale hystérique avec une fièvre typhoïde.

Une observation de Guinon citée plus haut (in th. Noblet), indique la fièvre typhoïde comme l'origine de crises nerveuses.

Le plus souvent, les affections banales ne constituent que le moment propice au développement d'accidents hystériques. Et nous mentionnerons seulement ici la fréquence des parésies et des astasies-abasies qui prennent naissance dans un séjour un peu prolongé au lit, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'ait motivé.

Plus importante assurément est l'influence des états chroniques antérieurs. Nombre d'auteurs insistent à juste titre sur la faiblesse de constitution ou les troubles digestifs des prédisposés à l'hystérie.

Parfois il s'agit de chloro-anémie et Briquet a dès longtemps relevé cet état morbide dans les antécédents des hystériques. « On voit, dit-il, que les maladies prolongées qui occasionnent un grand affaiblissement, un état anémique, et des souffrances prolongées sont celles qui prédisposent le plus à l'hystérie. »

Cet auteur insiste également sur le mauvais état de santé, depuis la naissance jusqu'à la puberté, des personnes destinées à devenir plus tard hystériques et il distingue à cet égard deux groupes, l'hystérie à début brusque, l'hystérie à début lent et progressif. A la dernière seule répondent dans la majorité des cas des antécédents de vie précaire.

Des constatations analogues ont été faites par d'autres auteurs. Duvoisin qui a noté l'anémie chez presque toutes les malades insiste également sur les troubles de nutrition.

Il admet l'influence psychique indirecte de toute maladie acquise entraînant ces défauts de constitution qui déterminent, par suite de l'altération de l'état général, une modification préhystérique, pourrait-on dire, du caractère.

En fait, nous pensons qu'il y a lieu de séparer à ce sujet l'hystérie des adultes et celle des enfants. Les derniers recueillent, en effet, dans l'héritage des ascendants, la prédisposition toute formée pour ainsi dire. Le rôle de l'état de santé antérieur paraît souvent médiocre et l'action des maladies éventuelles est plutôt purement occasionnelle et parfois localisante

Pourtant, parmi les troubles légers qui peuvent frapper les divers appareils, nous devons retenir la fréquence toute particulière des troubles digestifs.

Dans les trois quarts de nos observations et dans un grand nombre de celles que nous avons parcourues, on note des altérations légères de l'appétit, de la digestion stomacale et par dessus tout du fonctionnement intestinal. Il existe presque toujours de la constipation. Ces différents signes qui précèdent et accompagnent les manifestations hystériques proprement dites dépendent, à n'en pas douter, de la constitution elle-même, et caractérisent, dans une certaine mesure, le tempérament névropathique.

Envisageant dans l'ensemble les conditions prédisposantes de l'hystérie infantile, il faut mettre hors de pair la tare héréditaire et surtout l'hérédité similaire. C'est elle qui joue le rôle capital. Sa présence doit suffire à mettre en éveil le clinicien et à lui faire soupçonner la nature véritable d'accidents très différents en apparence.

L'âge pubéral favorise le développement de l'affection, surtout chez la fillette dont l'organisme plus que celui du jeune garçon subit alors une transformation considérable.

Le surmenage, les maladies infectieuses, les intoxications peuvent suppléer, dans certains cas, l'hérédité absente, d'autres fois s'y associer pour engendrer la prédisposition.

## LA CONSTITUTION PHYSIQUE

L'influence des conditions prédisposantes affirmée par la clinique, il y a lieu de rechercher si cette prédisposition se manifeste seulement dans le domaine psychique ou si elle détermine également des altérations organiques.

Ainsi nous sommes conduit à envisager l'état de la nutrition dans l'hystérie. Cette question n'est point nouvelle, au moins pour l'hystérie des adultes, et nos résultats s'opposent assez aux données antérieures pour qu'il soit nécessaire de les rappeler d'abord.

La thèse d'Empereur (1876), *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*, est le premier travail important sur ce sujet et Gilles de la Tourette écrivait en 1891 : « jusqu'à maintenant ce travail est resté un peu isolé. »

Empereur avait formulé la question sous cette forme : « Les hystériques assimilent-elles ou désassimilent-elles comme les personnes normales ? » Et il conclut que les hystériques ont des mouvements nutritifs très ralentis ; que l'assimilation chez elles ne se fait pas parce que la désassimilation n'a pas lieu. Il ajoute encore : « Les hystériques ne subissant pas ou peu de pertes matérielles, ne sont point dans la nécessité de subvenir chaque jour aux dépenses de leur organisme. Elles ne maigrissent pas parce qu'elles ne déperdent rien et, ne déperdant rien, il leur est inutile sinon nuisible de manger ; ce qu'elles ingèrent est du superflu qu'elles doivent rendre, sous peine d'être indisposées, parce qu'elles en seraient surchargées. »

Gilles de la Tourette fit aux recherches d'Empereur un reproche assez fondé. Constatant que cet auteur avait basé ses conclusions sur l'examen d'hystériques atteints de divers troubles fonctionnels, il dénia aux résultats une valeur absolue.

Il lui semble nécessaire de préciser d'abord la formule urinaire de l'hystérie normale, et d'établir le bilan de l'hystérique, en dehors des périodes de crises ou d'accidents. Des expériences faites sur dix malades (1), il résulte que la nutrition chez l'hystérique normal s'effectue comme chez l'individu sain : « le volume de l'urine, le taux des excréta urinaires rapportés au kilogramme d'individu sain est exactement superposable à ce qui existe chez ce dernier. »

Empereur, dans l'examen de deux hystériques, normales, avait d'ailleurs obtenu les mêmes résultats. Au contraire, l'attaque d'hystérie, d'après Gilles de la Tourette et Cathelineau, bouleverse d'une manière brusque, profonde, passagère, chacun des termes de la formule urinaire ; on observe la diminution du volume, de la coloration, de la densité, de l'urée, de l'acide phosphorique total, avec inversion des phosphates. L'inversion des phosphates consisterait dans le relèvement relatif du taux des phosphates terreux. A l'état normal, les phosphates terreux sont aux alcalins comme 1 est à 3 ; dans la période post-paroxystique, on a presque l'égalité des deux groupes.

La crise entraînerait en somme une diminution très marquée des oxydations ; en même temps, ces oxydations très

(1) GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU, *La nutrition et l'hystérie*, Paris, 1890.

diminuées seraient incomplètes, ce qui est indiqué par la diminution du coefficient d'oxydation, l'augmentation du taux d'acide urique.

Ces conclusions acquéraient une importance d'autant plus grande que Gilles de la Tourette et Cathelineau les complétaient en leur opposant les données fournies par la crise comitiale. Après l'attaque épileptique, « tous les excreta sont augmentés » et les phosphates gardent leurs proportions normales.

Les résultats de Gilles de la Tourette et de Cathelineau soulevèrent bien quelques contestations.

J. Voisin, Féré, Royer s'élevèrent contre la distinction admise entre la formule urinaire de l'hystérie et celle du mal comitial.

Royer (1), après des recherches opérées chez cinq hystériques, dans le service de M. Féré, indique des résultats contradictoires avec ceux de Gilles de la Tourette et Cathelineau. Ni la diminution de la densité, ni celle de l'urée, ni l'inversion des phosphates n'auraient été notées ; seule la diminution des phosphates a été constatée ; encore l'abaissement en était-il si faible qu'il ne pouvait être considéré comme caractéristique.

Poels (2) examine au même point de vue 2 cas d'hystérie et 1 de neurasthénie grave, 1 maladie de Basedow, 1 mal de Pott et 3 cas d'épilepsie. Il constate, pour les cas d'hystérie, la formule urinaire de l'attaque dans la période interparoxystique et les cas d'épilepsie observés viennent à l'en-

(1) Note sur la soi-disant formule urinaire de l'hystérie, *Société de Biologie*, 1893.

(2) *Journal de méd., de chir. et de pharm.*, Bruxelles, 1893.

contre de la loi formulée par Gilles de la Tourette sur l'augmentation des excreta urinaires.

Pourtant ces conclusions sont moins importantes que la remarque préliminaire touchant les procédés d'analyse. Poels, s'appuyant sur les affirmations d'un chimiste, le professeur Depaire, indique en ce qui concerne l'inversion des phosphates, que *« la valeur absolue des résultats est purement hypothétique, qu'elle ne peut être l'expression de la valeur réelle, et que, par conséquent, ces résultats ne peuvent servir pour établir le bilan exact de la nutrition dans l'hystérie »*.

Cette réserve est confirmée par les recherches très complètes de MM. Thorion et Bretet.

D'après le Dr Thorion, la précipitation par l'ammoniaque qui constitue le procédé classique de séparation des phosphates suppose que les terreux ne sont maintenus en solution que grâce à l'acidité de l'urine et qu'il n'existe dans l'urine que des phosphates tricalcique et bimagnésien. Or, il n'en est pas ainsi ; l'urine renferme du phosphate monocalcique et dès lors lorsqu'on traitera par l'ammoniaque pour séparer les phosphates terreux, il se précipitera bien et du phosphate tricalcique déjà existant et celui qui se formera aux dépens du phosphate monocalcique, mais en même temps une partie de l'acide phosphorique qui existait dans le phosphate monocalcique passera à l'état de phosphate d'ammoniaque. On considérera donc comme appartenant aux phosphates alcalins une partie de l'acide phosphorique qui se trouvait uni à la chaux sous forme de phosphate monocalcique. D'autre part, l'urine renferme des sels de chaux solubles autres que le phosphate monocal-

cique, ce qui complique encore singulièrement la réaction. Des considérations analogues s'appliquent à la présence fort vraisemblable dans l'urine du phosphate monomagnésien, et le Dr Thorion en est amené à cette conclusion que la présence dans l'urine de phosphate monocalcique, et probablement monomagnésien ainsi que des sels alcalino-terreux autres que les phosphates, rend illusoire le dosage différentiel des phosphates ; car elle l'entache d'une erreur dont on ne peut prévoir le sens.

Oliviero est arrivé aux mêmes résultats : à côté des phosphates tricalcique, bi et trimagnésien, il pense qu'il existe dans l'urine des phosphates bicalcique et monomagnésien qui augmentent la quantité d'acide phosphorique attribuée aux alcalis ; inversement, la présence des sulfates de chaux et de magnésie à côté des phosphates de soude et de potasse fait compter comme combinée aux terres, une partie de l'acide phosphorique uni aux alcalis.

En résumé, et d'après Bretet, dans la séparation, par le procédé classique, des phosphates alcalins et des phosphates terreux, on précipite des phosphates de chaux et de magnésie d'un liquide où l'acide phosphorique se trouve (avec d'autres acides) au contact de bases alcalines et terreuses dans un état d'équilibre que vient modifier la présence de l'ammoniaque.

Malgré toutes ces recherches, la formule de Gilles de la Tourette et Cathelineau semble être restée classique et on s'y attache encore comme au critérium qui permet de distinguer la grande névrose et l'accès comitial.

A dire vrai, ce n'est pas, croyons-nous, dans le domaine

de l'urologie qu'il convient de chercher une différence fondamentale entre les deux affections.

Nos recherches, qui nous ont conduit à pareille conclusion, offrent cependant un certain intérêt. L'état de la nutrition dans l'hystérie témoigne, en effet, d'un ensemble de troubles qui apparaissent comme des phénomènes assez constants chez tous les enfants porteurs d'une tare névropathique héréditaire. Nous avons étudié, par comparaison, les échanges nutritifs de 13 malades. Ces malades se répartissent de la façon suivante :

7 cas de chorée de Sydenham, dont 2 purement rhumatismales et 5 hystériques.

6 cas d'hystérie à manifestations diverses.

Nos recherches ont été pratiquées avec le précieux concours de M. Desmoulière, docteur en pharmacie.

Elles portaient pour chaque malade sur l'urine d'un nycthémère recueillie très soigneusement à divers stades. Et nous nous sommes attaché surtout à préciser, dans ces recherches urologiques, non point les variations imprimées par l'évolution morbide, mais bien l'état habituel des échanges, l'état normal pour les sujets envisagés.

Les sujets étaient soumis à un régime de vie ordinaire et non comme ceux de Gilles de la Tourette au régime lacté, qui modifie puissamment les échanges urinaires et fausse les données des analyses sur les moyennes des excréta.

Nous avons envisagé dans chaque cas le taux des éléments fixes, des chlorures, de l'urée, de l'acide urique, des composés xanthiques, de l'acide phosphorique, de l'urobiline et cherché les éléments anormaux, indoxyle, leucomaines, albumines, etc.

Les moyennes urinaires normales adoptées ont été celles de Gautrelet (basées sur la détermination du coefficient biologique du sujet d'après l'âge, la taille et le poids) (1).

Etant donné les difficultés matérielles que l'on trouve à se placer dans des conditions d'expérimentation parfaite, nous n'avons pu guère étudier que les malades séjournant à l'hôpital. Chez eux seulement, il nous était possible de recueillir de façon très régulière les urines totales. Aussi n'avons-nous pu étudier à loisir la nutrition normale, autrement dit dans la période un peu éloignée des accidents, que chez un petit nombre d'enfants. Mais la constance des résultats obtenus nous permet de croire à leur généralité.

Le 1<sup>er</sup> cas (2) concerne l'enfant L. C..., âgée de 11 ans, entrée à l'hôpital avec une récédive très légère de chorée nettement hystérique et promptement guérie.

L'examen des urines pratiqué à deux reprises, peu avant sa sortie, nous donna les moyennes suivantes :

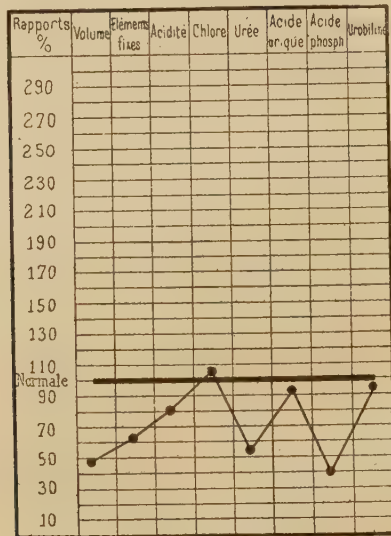
|                                                 | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                   | 500                               | 1.018                                                         |
|                                                 | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .              | 26.10                             | 42                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>b</sup> ). . | 1.02                              | 1.26                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                | 4.40                              | 4.20                                                          |
| Urée . . . . .                                  | 10.17                             | 18.90                                                         |
| Acide urique (total) . . . . .                  | 0.30                              | 0.42                                                          |

(1) L'usage de ces coefficients nous paraît pouvoir seul permettre le rapport à une normale des résultats obtenus et la superposition graphique des diverses courbes urologiques, quel que soit l'âge envisagé.

(2) Toutes les observations qui ne portent pas d'indication d'origine proviennent du service de notre maître, M. le professeur Gaucher, suppléé par M. Méry.

|                                     |             |        |
|-------------------------------------|-------------|--------|
| Acide phosphorique (total). . . . . | 0.85        | 2.10   |
| Urobiline. . . . .                  | 0.40        | 0.42   |
| Uroérythrine. . . . .               | traces      | »      |
| Indoxyle. . . . .                   | abondant    | »      |
| Leucomaines. . . . .                | prés. nette | traces |
| Sulfocyanures . . . . .             | traces      | »      |
| Mucine (mucus) . . . . .            | »           | »      |
| Composés xanthiques en ac. ur.      | 0.07        |        |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉE PAR 100



Graphique 1.

L. Céline, 11 ans, chorée hystérique.— Urine à la fin de la convalescence.

Le simple examen de ce tableau permet de conclure à un trouble des échanges caractérisant avant tout le ralentissement de la nutrition.

Les principaux phénomènes qui le prouvent sont :

- 1° La diminution des éléments fixes ;
- 2° La diminution notable de l'acide phosphorique éliminé

par rapport aux éléments fixes et *a fortiori* sa diminution absolue;

3° La diminution de l'urée, également par rapport aux éléments fixes;

4° L'augmentation de l'acide urique par rapport à l'urée;

5° L'augmentation des composés xanthiques;

6° L'augmentation de l'urobiline par rapport aux éléments fixes.

Tel est, résumé, le bilan des échanges nutritifs dans le cas de notre petite malade.

Si l'on interroge son hérédité, on obtient les renseignements suivants :

Père, rhumatisant et éthylique.

Mère, rhumatisante et très nerveuse.

Un frère, mort de convulsions.

Un frère, bien portant, mais très nerveux.

Pourtant la chorée a eu dans ce cas un début brusque, consécutif à une peur. L'enfant, poursuivie par un homme de mauvaises mœurs, a été prise de mouvements choréiques presque instantanément. Cette première atteinte s'est produite à l'âge de 10 ans. La deuxième, que nous avons observée, était très bénigne; il n'y avait jamais eu de rhumatisme, pas de lésions cardiaques. Enfin la malade a guéri fort rapidement sans traitement autre que la persuasion. Très vive, elle avait en outre les traits de caractère qu'on se plaît à attribuer aux hystériques et qui sont, en tout cas, la marque du nervosisme.

La tare héréditaire, évidemment arthritique dans ce cas

particulier, justifie pleinement les caractères urologiques que nous avons constatés. Et si les observations parallèles procédaient toutes d'une origine semblable, elles n'offriraient point de conclusions très surprenantes. Que la diathèse arthritique se manifeste dès l'enfance, rien ne paraît plus vraisemblable et le fait semble démontré d'avance.

Mais si, poursuivant nos analyses, nous retrouvons des caractères identiques, même en l'absence de manifestations arthritiques dans les antécédents héréditaires et personnels des sujets examinés, le résultat obtenu en acquerra une réelle importance.

Le 2<sup>e</sup> cas concerne une fillette de 14 ans, Julia C..., atteinte d'incontinence d'urine et qui, durant 2 mois 1/2, présentait des accès quotidiens de fièvre dont la nature hystérique fut démontrée après de longues hésitations. On soupçonna longtemps une tuberculose subaiguë, diagnostic que l'analyse des échanges nutritifs, comme l'augmentation graduelle du poids devaient suffire à faire éliminer; on soupçonna aussi une fièvre typhoïde: 3 séro-diagnostic pratiques restèrent négatifs.

L'hérédité de cet enfant était chargée d'une tare névropathique certaine.

*Père* bien portant, aucune maladie antérieure. Nervosisme très marqué. Irritabilité et impressionnabilité dans le sens usuel de ces termes.

*Mère.* Aînée de 9 enfants.

2 frères morts de convulsions à 1 an et 18 mois.

1 sœur morte à 12 ans de méningite.

1 sœur a eu de l'incontinence d'urine jusqu'à l'âge de 12 ans (1<sup>res</sup> règles).

Elle-même a eu des convulsions dans le jeune âge, une attaque de rhumatisme articulaire aigu à 17 ans. Elle souffre depuis 3 ans de douleurs dans les membres tous les hivers.

Elle a eu 7 enfants et a fait une fausse couche de 7 mois.

1 enfant est mort du croup.

1 autre de convulsions (méningite ?) à l'âge de 2 ans 1/2.

1 fillette, âgée actuellement de 17 ans est bien portante. Elle a eu des crises convulsives dans le jeune âge et jusqu'à 5 ans.

1 garçon, âgé de 19 ans, a dès le jeune âge des accès de somnambulisme. Il se lève 3 ou 4 fois par nuit, crie « au voleur, à l'assassin », parle avec ses chefs d'atelier ou simule son travail, puis se recouche. A l'âge de 8 ans, il s'est ainsi enfui pendant la nuit, jusqu'au bord de la rivière.

Ces antécédents se résument en deux mots : hérédité mixte, neuro-arthritique, à manifestations surtout nerveuses chez les descendants.

La malade elle-même présente, depuis l'âge de 5 ans, une incontinence d'urine qui cède au séjour de l'hôpital ; elle a eu chez elle du somnambulisme fréquent. Enfin, elle a présenté à l'hôpital cette longue fièvre hystérique sans aucun autre phénomène.

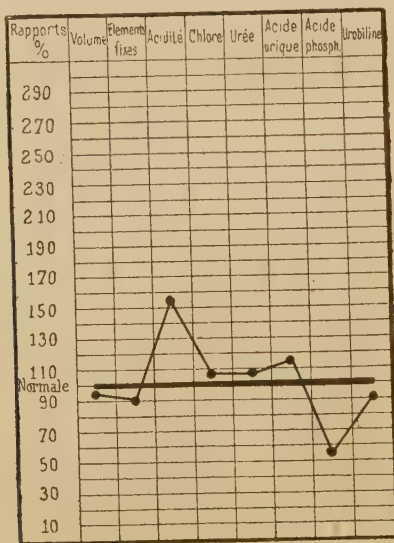
Ajoutons que la malade n'est pas réglée.

Les analyses pratiquées chez elle, à la fin de la convalescence et au moment de son départ, nous ont donné les moyennes suivantes :

TABLEAU 2.

|                                                   | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                     | 1.000                             | 1.056                                                         |
|                                                   | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .                | 40                                | 44                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>3</sup> ). . . | 2.04                              | 2.64                                                          |
| Chlore (des chlorures). . . . .                   | 4.82                              | 4.40                                                          |
| Urée . . . . .                                    | 21.43                             | 19.80                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                     | 0.51                              | 0.44                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . .                  | 1.21                              | 2.20                                                          |
| Urobiline . . . . .                               | 0.40                              | 0.44                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                             | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                                 | très abond.                       | »                                                             |
| Leucomaïnes. . . . .                              | prés. nette                       | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                           | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                          | »                                 | »                                                             |
| Comp. xanthiques en ac. ur. . .                   | 0.13                              | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 2.

C. Julia, 14 ans. Incontinence d'urine et fièvre hystérique. — Fin de convalescence et période normale (moyenne de 3 analyses).

On y relève les mêmes indications que dans le cas précédent et nous nous dispenserons de les reproduire. Une seule différence, portant sur l'urée qui atteint ici et dépasse même légèrement le taux normal, doit être expliquée par le régime de suralimentation auquel avait été longtemps soumise la malade.

Le 3<sup>e</sup> cas concerne un cas de *chorée arythmique hystérique*.

Marguerite K..., 11 ans, est issue de parents consanguins (cousins germains). Tous deux sont bien portants, mais auraient de vagues douleurs rhumatismales.

Une tante a été traitée pendant 9 ans dans une maison de santé. Elle avait des accès de folie religieuse. Actuellement, elle est bien portante. Elle présentait, étant jeune fille, des périodes de constipation opiniâtre durant jusqu'à quinze jours.

La petite malade a un frère qui aurait été atteint de douleurs rhumatismales à l'âge de 4 ans.

Elle-même n'a jamais eu de douleurs.

Pas de convulsions dans le jeune âge.

Constipation opiniâtre depuis l'enfance.

Vive et intelligente.

Le début de la chorée remonte à septembre.

Elle survint subitement au retour de la campagne où elle avait habité près d'une cousine très nerveuse et qui, se nourrissant presque uniquement de café, en avait fait prendre à l'enfant.

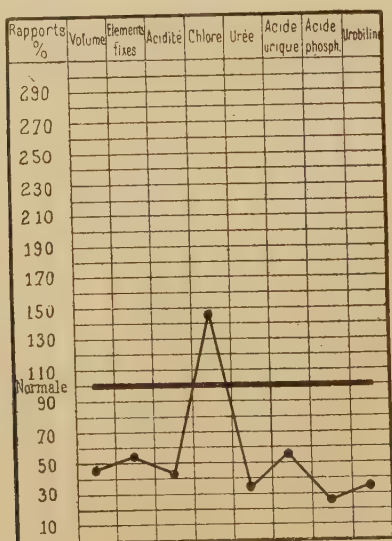
La chorée limitée au côté droit guérit rapidement par la persuasion et la rééducation des mouvements.

L'examen des urines, pratiqué au cours de la convalescence, c'est-à-dire, après la suppression des mouvements choréiques, nous a donné pour 3 analyses la moyenne suivante :

TABLEAU 3.

|                                                 | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                   | 450                               | 922                                                           |
|                                                 | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . .                | 19.84                             | 38                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>5</sup> ). . | 0.50                              | 2.28                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                | 5.55                              | 3.80                                                          |
| Urée . . . . .                                  | 5.71                              | 17.10                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                   | 0.21                              | 0.38                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . .                | 0.56                              | 1.90                                                          |
| Urobiline . . . . .                             | 0.13                              | 0.38                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                           | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                               | abondant                          | »                                                             |
| Leucomaines. . . . .                            | prés. nettes                      | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                         | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                        | »                                 | »                                                             |
| Composés xantiques en ac. ur. .                 | 0.036                             | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 3.

L... Marguerite, 11 ans, chorée arythmique hystérique.  
Fin de la convalescence.

Mêmes caractères généraux que dans les observations précédentes ; mais ici, les recherches ayant été pratiquées dans une période moins tardive de la convalescence, on note une élévation assez notable du taux des chlorures, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement et qu'on pourra remarquer également dans le cas suivant.

**4<sup>e</sup> cas.** — Il concerne encore une *chorée arythmique hystérique*, nous donne les mêmes résultats. Voici d'abord son observation résumée :

Charp..., fillette de 12 ans.

A. H. — Père, irritable, nerveux.

Mère, très colère, au point de perdre connaissance.

Pas de crises hystériques nettes. A une sœur très nerveuse.

Grand-père maternel, très nerveux, un frère et une sœur (9 et 6 ans) bien portants, mais souffrant d'une constipation opiniâtre.

*Aucune hérédité arthritique manifeste.*

A. P. — Nourrie au sein. Pas de convulsions. Il y a deux ans, première atteinte de chorée à la suite de la peur d'un incendie proche, durant 6 semaines et plus.

2<sup>e</sup> atteinte, il y a 5 mois, durant 3 mois. Mais 15 jours après, elle subit une vive émotion : le père ayant pris une maîtresse, des discussions fréquentes se produisaient et un soir devant la fillette, la mère menaça de quitter la maison, d'où nouvelle atteinte de chorée que nous avons observée.

Hémi-chorée droite légère, surtout marquée à la main. Pas de stigmates hystériques.

L'enfant est très émotive, affectueuse, entêtée et jalouse. Intelligence assez vive. Très attentive. Traitement, rééducation des mouvements.

En six jours, guérison complète.

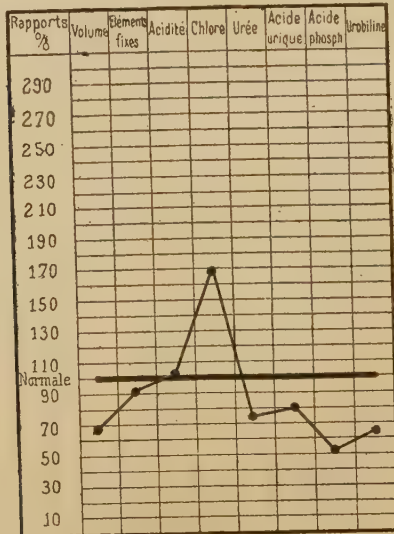
L'analyse des urines dans la convalescence nous indi-

que, plus importants ici, en raison de l'absence d'antécédents arthritiques reconnus, les mêmes caractères de ralentissement de la nutrition, signalés plus haut.

TABEAU 4.

|                                                       | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                         | 740                               | 1.080                                                         |
|                                                       | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .                    | 40.99                             | 45                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>s</sup> ). . . . . | 1.40                              | 2.70                                                          |
| Chlore (des chlorures). . . . .                       | 7.64                              | 4.50                                                          |
| Urée . . . . .                                        | 15.54                             | 20.25                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                         | 0.36                              | 0.45                                                          |
| Acide phosphorique (total). . . . .                   | 1.15                              | 2.25                                                          |
| Urobiline . . . . .                                   | 0.29                              | 0.45                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                                 | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                                     | abondant                          | »                                                             |
| Leucomaïnes. . . . .                                  | prés. nette                       | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                               | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus). . . . .                               | tr. nette                         | »                                                             |
| Composés xanthiques. . . . .                          | 0.08                              |                                                               |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



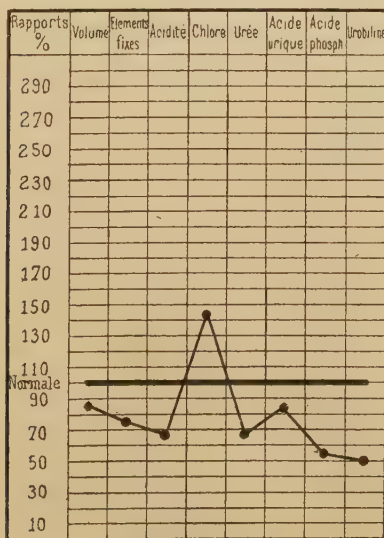
Graphique 4.

5<sup>e</sup> cas.— Même observation et même remarque pour les 2 cas suivants de chorée nerveuse dont nous nous bornons à indiquer le tracé recueilli dans les mêmes conditions.

TABLEAU 5.

|                                                       | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                         | 625                               | 720                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .                    | 22.81                             | 30                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>5</sup> ). . . . . | 0.62                              | 1.80                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                      | 4.31                              | 3                                                             |
| Urée . . . . .                                        | 9 18                              | 13.50                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                         | 0.25                              | 0.30                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . . . .                  | 0.81                              | 1.50                                                          |
| Urobiline . . . . .                                   | 0.15                              | 0.30                                                          |
| Uroérythrine . . . . .                                | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                                     | abondant                          | »                                                             |
| Leucomaines . . . . .                                 | prés. nettes                      | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                               | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                              | tr. nettes                        | »                                                             |
| Comp. xanthiques . . . . .                            | 0.04                              |                                                               |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 5.

B. S. D. Chorée hystérique. Convalescence. Moyenne de deux analyses.

Le 6<sup>e</sup> cas concerne une fillette, G... Ernestine, âgée de 8 ans, sans tare arthritique héréditaire et qui aurait eu avant son entrée à l'hôpital, 2 ou 3 crises épileptoïdes qui ne se sont pas reproduites pendant son séjour.

A son entrée, on constate les phénomènes d'hémichorée que nous résumons ici :

Au lit, mouvements irréguliers et peu prononcés du bras gauche.

Debout, sorte de démarche saltatoire due à une incoordination des mouvements de la jambe gauche.

Elle pleure facilement et notamment, nous dit la surveillante tous les soirs vers 4 heures parce que, disait-elle, le père allait, rentrer saoul et battre sa mère.

En réalité, le père était un peu buveur, mais n'avait jamais battu sa femme.

L'intelligence est moyenne, mais on note une grande présomption.

*Traitement.* — Rééducation systématique. Marche en décomposant les pas au commandement. Suggestion verbale.

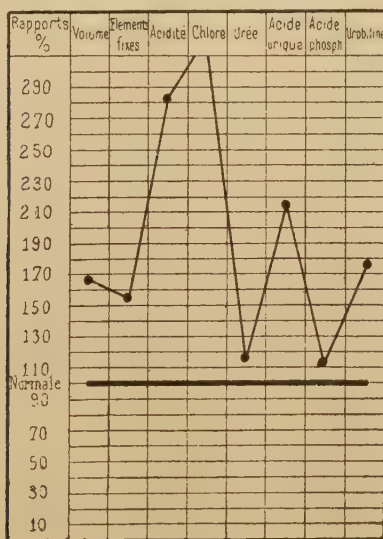
En 4 à 5 jours, guérison complète.

L'urine analysée au moment de la convalescence, nous donne les indications suivantes, comparables aux précédentes dans la relation des divers éléments par rapport aux taux des éléments fixes.

TABLEAU 6.

|                                                  | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                    | 1250                              | 744                                                           |
|                                                  | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . .                 | 48.00                             | 31.00                                                         |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>es</sup> ). . | 2.64                              | 1.86                                                          |
| Chlore (des chlorures). . . . .                  | 10.15                             | 3.10                                                          |
| Urée. . . . .                                    | 16.65                             | 13.95                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                    | 0.67                              | 0.31                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . .                 | 1.75                              | 1.55                                                          |
| Urobiline . . . . .                              | 0.55                              | 0.31                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                            | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                                | prés. tr. nette                   | »                                                             |
| Leucomaines. . . . .                             | prés. nette                       | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                          | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                         | »                                 | »                                                             |
| Comp. xanthiques . . . . .                       | 0.15                              | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 6.

Le 7<sup>e</sup> cas est celui de Mat..., fillette de 8 ans 1/2, atteinte d'*hallucinations nocturnes* ayant débuté à l'occasion d'une scarlatine.

A. H. — Côté paternel : Père bien portant, pas nerveux, mais asthmatique. Assez buveur antérieurement au mariage (absinthe).

Côté maternel : Mère, 30 ans, bien portante, première enfance bonne, pas de convulsions connues. Assez bonne élève. Caractère égal. Réglée à 14 ans, mariée à 19 ans.

Aucun trouble nerveux sérieux.

Actuellement assez impressionnable, pleure facilement, mais pas de crises nerveuses proprement dites. Une fausse couche de 4 mois, puis l'enfant actuel.

Grand-père mort fou vers 55 ans à la suite de contrariétés (venu à Paris pour prendre un commerce, il avait subi un vol).

Grand'mère bien portante.

1 frère nerveux.

A. P. — Née à terme, élevée au biberon, 1<sup>re</sup> dent à 7 mois, a marché à 14 mois. Pas de convulsions. Varicelle à 3 ans. Rougeole à 4 ans.

Scarlatine à 7 ans.

Deux jours avant la scarlatine, prise pour la première fois d'un violent cauchemar, criant, les yeux ouverts, sans rien voir, avec convulsions toniques des bras et des jambes.

Aucun cauchemar pendant la scarlatine, mais après 40 jours, réapparition de ces accidents.

Tous les soirs, une heure 1/2 après s'être endormie elle crie « Maman » Maman », se débat, essaye de se couvrir des draps, puis se lève sur le lit. Un soir, elle se mit à courir autour de la chambre, disant : « c'est là, c'est là », les yeux ouverts, agitant bras et jambes.

A la fin de la crise, souvent elle répond à sa mère : « j'ai rien, j'ai rien » et se met à rire aux éclats.

Ces crises durèrent 8 à 10 mois tous les soirs et depuis un an,

elles ne se sont produites que 5 ou 6 fois dont l'une, tout récemment.

Depuis un mois la moindre observation la mettait en colère. Le bruit d'une porte ouverte l'effrayait. Elle craignait tout récit de crime, disant qu'elle en rêverait.

Très joueuse, espiègle, peu attentive au travail, mais assez de facilité.

L'enfant raconte que c'est l'histoire du chaperon rouge qui lui a fait peur, quand le soir venait, elle craignait de voir un loup sortir de dessous le lit de sa mère, très noir, dit-elle.

Pas de troubles de sensibilité.

Un peu d'hypoesthésie conjonctivale ; on note un peu d'embarras gastrique passager et une constipation habituelle.

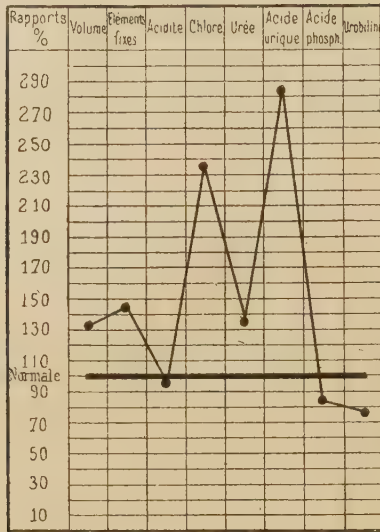
Pendant son court séjour à l'hôpital, aucune crise.

Deux examens d'urine pratiqués à 3 jours d'intervalle dans la période de séjour à l'hôpital, c'est-à-dire quelques jours après le dernier accès, nous donnent un graphique presque identique, dont la moyenne est celle-ci :

TABLEAU 7.

|                                                       | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures . . . . .                        | 1050<br>gr.                       | 792<br>gr.                                                    |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .                    | 48.40                             | 33                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>5</sup> ). . . . . | 0.96                              | 1.98                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                      | 7.82                              | 3.30                                                          |
| Urée. . . . .                                         | 20.70                             | 14.85                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                         | 0.94                              | 0.33                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . . . .                  | 1.40                              | 1.65                                                          |
| Urobiline. . . . .                                    | 0.26                              | 0.33                                                          |
| Uroérythrine . . . . .                                | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle . . . . .                                    | »                                 | »                                                             |
| Leucomaïnes . . . . .                                 | prés. nette                       | »                                                             |
| Sulfocyanures. . . . .                                | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                              | »                                 | »                                                             |
| Composés xanthiques en ac. ur. . . . .                | 0.19                              |                                                               |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 7.

Les mêmes données nous sont encore fournies par les 4 observations suivantes dont la dernière peut être considérée comme entachée à la fois d'hystérie et d'épilepsie.

**8° cas.** — *Contracture hystérique.* M. Ed..., 13 ans, entré le 23 octobre 1903, salle Bouchut, n° 4.

A. H. — Mère bien portante.

Dès l'âge de 8 ans, elle était placée, mais elle avait mauvais caractère, boudait à la moindre observation et, de peur de coups, se sauvait et passait parfois la nuit dehors.

Vers 9 à 10 ans, il lui arrivait de parler la nuit, de répéter ce qu'elle faisait pendant le jour et notamment ce qui lui avait été défendu.

Parfois, elle se levait, faisait le tour de la pièce et se recouchait. Mise dans un refuge religieux à partir de 13 ans, elle y subit de nombreuses privations et eut des pertes de connaissance fréquentes surtout de 16 à 18 ans.

Elle sentait une douleur vive à l'estomac, une sueur froide au

front et s'évanouissait pendant 10 minutes environ. Ces faiblesses se produisaient d'abord 3 ou 4 fois par semaine, puis, chaque jour, surtout à la prière du matin lorsqu'elle était à genoux. Elle gardait ensuite de violents maux de tête.

Réglée à 18 ans et 5 mois, on la fit sortir de l'Orphelinat où elle était très surmenée et elle séjourna à la campagne où elle ne se portait pas bien.

On la ramena à l'hospice des Enfants-Assistés dont elle dépendait.

A 21 ans elle se plaça et dès que son état d'anémie s'améliora, elle n'eut plus de pertes de connaissance.

Enceinte à 26 ans 1/2, elle eut pas mal de soucis durant cette période, sans aucun trouble.

L'enfant né à terme est le malade actuel.

6 autres couches dont 2 enfants vivants, outre le précédent (6 ans, 3 ans actuellement).

Le père de l'enfant malade n'est pas celui des autres enfants. Il était d'ailleurs fort et bien portant au moment de la conception, mais mourut à 28 ans.

A. P. — Est né à terme, élevé au biberon, a marché à 16 mois, première enfance bonne.

A l'âge de 3 ans, il se plaignit de douleurs de jambes, et fut gardé plusieurs semaines à l'hospice du Mans, les jambes enveloppées d'ouate, sans aucuns phénomènes généraux.

De tempérament calme et doux, très joueur.

Il est encore très enfant ; il n'a aucune espèce d'initiative et très peu de volonté.

Pas émotif, au contraire de ses deux frères et sœurs qui pleurent au moindre mot. Pas affectueux et plutôt indifférent. A commencé à apprendre à lire à 5 ans. Sa conduite était bonne mais il manquait d'attention ; il est d'ailleurs peu instruit.

A l'âge de 8 ans, il eut une première contracture de la jambe, en flexion complète sur la cuisse.

Un mois avant, il aurait reçu une pierre sur le jarret ; un ma-

tin, au réveil, la jambe était contracturée en flexion et il accusait une douleur au creux poplité.

La contracture disparut brusquement (au bout de trois semaines) pendant lesquelles on avait appliqué des pansements ouatés quotidiens.

A 11 ans, nouvelle attaque de contracture qui apparut subitement au matin et dura 15 jours : même traitement et même issue.

Pendant la 12<sup>e</sup> année, s'est plaint fréquemment du ventre. Il a toujours été très constipé.

Depuis l'an dernier, aucun accident, sinon un furoncle au genou en mai dernier, traité par des pansements humides qui déterminèrent un eczéma toxique. Aussitôt après la guérison, c'est-à-dire, vers le 20 octobre, une douleur se produisit la nuit, comme dans les précédents accès et au matin l'enfant se mit à marcher sur la pointe du pied : la contracture était faite.

*Etat actuel.* — Le malade est bien constitué, le système pileaire du pubis et les organes génitaux sont bien développés ; il a depuis un an des habitudes d'onanisme.

Examiné au lit, il a la jambe droite en flexion modérée sur la cuisse et ne peut l'allonger par suite d'une douleur vive au creux poplité.

Les tendons fléchisseurs sont nettement contracturés si l'on fait effort pour étendre la jambe. La pression provoque une douleur profonde au niveau de la partie interne et postérieure de l'article.

L'exploration de la sensibilité indique une anesthésie en manchon s'étendant du cou-de-pied jusqu'au-dessus du genou.

Les limites en sont un peu irrégulières et n'ont pas une stabilité parfaite pendant la durée de l'examen.

Elles varient en plus ou moins d'un instant à l'autre sur une zone de 2 à 4 centimètres, notamment à la partie inférieure.

Divers exercices sont pratiqués dans le but de mettre en évidence des sensations subconscientes.

Je prie l'enfant, continuant d'ailleurs à causer avec moi, de lever un doigt si je lui touche la jambe et j'interpose un écran

entre sa figure et la main dont je me sers. Je touche à plusieurs reprises la jambe saine, la jambe malade en dehors des limites de l'anesthésie, puis à l'aide de deux doigts espacés deux points différents soit de la jambe saine, soit des deux jambes.

Au cours de cet exercice à deux reprises, le doigt est levé alors que la région insensible seule était touchée et dans les deux cas, ce fut lorsque après plusieurs contacts de peau saine, j'arrivais un peu inopinément à toucher la zone anesthésique.

Renouvelant l'expérience, je lui fais fermer les yeux et lui demande d'indiquer le nombre des contacts simultanés en disant un ou deux après le ou les contacts, je touche alors, soit le membre sain seul par deux doigts éloignés, soit les deux cuisses soit les deux mollets simultanément ou le mollet anesthésique seul, et il se trompe encore une fois, accusant 2 contacts (comprenant ainsi le mollet insensible), soit un contact qui ne devrait pas être perçu.

Mais toutes ces erreurs ne se produisent qu'une fois au cours de chaque série de recherches, et chacune semble suivie d'une certaine confusion, l'enfant après voir levé le doigt le mettant brusquement à la bouche, comme voulant le supprimer. Il existe des points hystérogènes bilatéraux au niveau du bas-ventre, un à l'épigastre, deux sur les parties latérales de la colonne dorsale. Debout, le malade marche sur la pointe du pied sans accuser de douleur très vive.

Les réflexes rotuliens sont notablement exagérés.

Rétrécissement notable du champ visuel.

Examen d'urines le 17 et le 18 novembre.

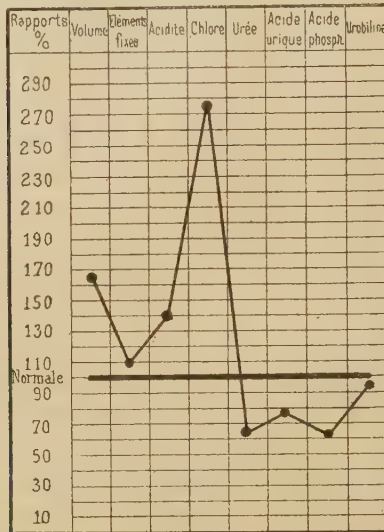
Traitement : une pilule de bleu de méthylène est donnée le 18 avec toutes les précautions d'usage et en disant devant l'enfant à sa mère qu'elle pourrait venir le reprendre le surlendemain. Le lendemain je dis à l'enfant, lève-toi et marche, ce qu'il fit aussitôt.

La contracture avec l'anesthésie ont complètement disparu.

L'enfant était en apprentissage chez un charcutier et je pus lui faire avouer que s'il avait le désir de guérir, il n'a-

vait que peu celui de travailler. En réalité, il subissait assez volontiers sa maladie qui lui permettait de ne rien faire.

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 8.

Moy. de 2 analyses pratiquées l'avant-veille et la veille de la guérison.

Eléments fixes = 54 gr. norm. 49.

Ac. urique : 0,49.

Comp. xanthiques : 0,09.

**9<sup>e</sup> cas.** — *Néuralgie hystérique.* — V... René, 14 ans, charpentier, entre le 23 novembre 1903, salle Bouchut, n° 18.

A. H. — Père, 38 ans, pas buveur, s'emporte beaucoup.

Mère, toujours bien portante, très nerveuse, peu de renseignements sur la première enfance, mariée à 24 ans. A eu beaucoup d'enfants et de nombreux soucis. N'a jamais présenté de crises nerveuses, mais par moments et depuis la mort de sa petite fille, est prise de vertige et a peur de tomber. Pendant un mois après la mort de sa fille, ne pouvait plus dormir. Actuellement a toujours peur la nuit.

A eu 7 enfants.

1 mort en bas âge de diarrhée infantile.

1 mort à 15 mois, de méningite ?

5 enfants vivants dont 1 âgé de 7 ans a eu de l'incontinence nocturne et diurne d'urine jusqu'à 6 ans, guérie par l'électricité.

Un autre, rachitique, a eu vers 16 mois, une convulsion qui ne s'est pas reproduite.

A. P. — Notre petit malade est l'aîné. Il n'a pas eu de convulsion. Pas d'incontinence d'urine. A partir de 6 à 7 ans, il a été pris de terreurs nocturnes. Il se levait sur son séant, parlait tout haut. Une fois éveillé, disait « je n'ai rien, rien ». Aucun souvenir le lendemain ; depuis 4 à 5 mois de temps à autre, un tic de l'épaule et des yeux. Aurait eu depuis quelques mois des oxyures.

A été à l'école à 5 ans. Toujours un peu insouciant et inattentif. Incapable de calculer. Il a été presque impossible de lui enseigner la multiplication ; pourtant il a pu obtenir son certificat d'études.

Très coléreux, taquin, peu affectueux, pas jaloux. Il témoigne d'assez d'entrain au travail manuel.

Au mois d'août dernier, il rentra de son travail avec œdème très marqué et des douleurs vives à la jambe droite. Conduit le lendemain à l'hôpital il est reçu dans un service de chirurgie. d'où on le renvoie au bout de 10 jours, guéri sans aucun traitement

Le samedi 14 novembre, allant à son travail, il a été pris subitement d'une douleur vive à la jambe (triangle de Scarpa) gauche.

Il rentre aussitôt chez lui et se couche. On le laisse au lit et lundi soir la douleur devient plus vive, irradie vers l'abdomen, l'empêche de respirer, et s'accompagne de douleur dans le bras ; cette douleur était très violente et se produisait par crises paroxysmiques qui le faisaient crier. Le mardi matin, on fit venir le médecin qui prescrivit une application de baume tranquille. La douleur ne diminuant pas jusqu'au dimanche, on amène l'enfant à l'hôpital. Il entre le lundi 23 novembre.

*Etat actuel.* — Enfant d'aspect normal et assez bien constitué ; mais aucune indication de puberté prochaine.

L'exploration fait constater une zone d'hyperesthésie profonde, sans hyperesthésie cutanée, du moins au premier examen occupant le triangle de Scarpa.

Un 2<sup>e</sup> examen pratiqué un quart d'heure plus tard montre l'hyperesthésie cutanée dans la zone douloureuse.

Pas de douleur spontanée.

Pas d'autre trouble de sensibilité, sauf une hyperesthésie plantaire gauche.

Réflexes patellaires normaux.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de points hystérogènes.

En interrogeant l'enfant, je pus reconstituer l'histoire suivante :

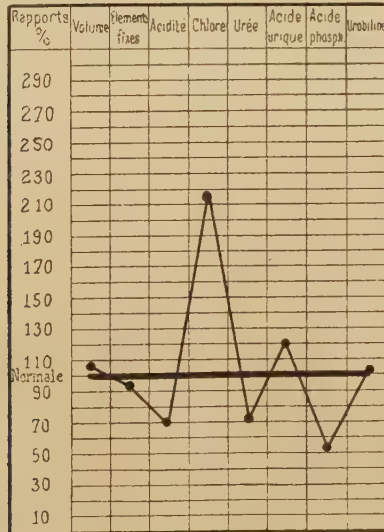
Envoyé par son patron faire une course le mercredi 11, il resta trop longtemps absent et reçut une bonne semonce au retour avec une menace de plainte à son père. Il devait aller jusqu'au port Saint-Nicolas, et s'était amusé d'abord à regarder les bateaux puis, en revenant, à regarder les images. Les remontrances faites par son patron lui firent craindre une correction de sa mère qui lui octroyait volontiers des gifles. C'est le surlendemain qu'apparurent brusquement les signes de névralgie.

Le jeudi 24 novembre, je lui assurai que sa maladie ne tarderait pas à disparaître. Il avait d'ailleurs sous les yeux le cas de l'enfant Martin dont la contracture venait d'être guérie instantanément. En trois jours, tout symptôme douloureux disparaissait.

TABLEAU 9.

|                                                       | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                         | 1.130                             | 1.056                                                         |
|                                                       | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .                    | 40.79                             | 44                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>5</sup> ). . . . . | 0.94                              | 2.64                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                      | 9.49                              | 4.40                                                          |
| Urée . . . . .                                        | 14.12                             | 19.80                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                         | 0.53                              | 0.44                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . . . .                  | 1.17                              | 0.44                                                          |
| Urobiline . . . . .                                   | 0.45                              | 0.44                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                                 | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                                     | abondant                          | »                                                             |
| Leucomaines. . . . .                                  | prés. nette                       | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                               | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                              | — »                               | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 9.

**10° cas.** — R... Adelina, 11 ans 1/2.

A. H. — Côté paternel : Père bien portant, pas d'autres renseignements.

Côté maternel : Grand'mère bien portante ; grand-père mort à 40 ans, tuberculeux.

Ils ont eu 9 enfants :

2 enfants morts en bas-âge ;

1 enfant mort à 13 ans, phtisie galopante ;

1 petite fille à 3 ans, de tuberculose pulmonaire ;

1 petit garçon mort en bas-âge de méningite ;

1 fils, actuellement âgé de 27 ans ; signes de baccillose ;

1 fille, 37 ans, anorexie, étouffements ;

1 fils, 23 ans, pas malade, mais peu robuste.

La mère de notre petite malade morte à 36 ans ; neurasthénie et tuberculose pulmonaire. Dès 8 à 10 ans, manifestait des signes d'hypochondrie. Disait constamment à sa mère qu'elle s'ennuyait. Très émotive, cauchemars fréquents. Pas de convulsions dans l'enfance, pas de crises de nerfs.

Elle a eu 5 enfants :

1 de 7 ans 1/2 : En Auvergne.

1 de 6 ans 1/2.

1 de 10 ans, chétif.

1 de 13 ans, coxalgique, et notre petite malade âgée de 11 ans 1/2.

A. P. — Rien dans l'enfance ; à 7 ans, après une chute dans l'escalier et la crainte de tomber dans un puits, chorée généralisée traitée et guérie en 4 semaines à l'hôpital.

A 9 ans 1/2, 2° attaque de chorée, qui dura environ 4 semaines. La mère était morte peu avant et l'enfant n'a pas semblé en être très impressionnée. Environ 8 mois après cette seconde crise de chorée, l'enfant présente à différentes reprises des attaques brusques de sommeil avec phénomènes de catalepsie. L'enfant en plein travail s'endormait profondément ; son frère s'amusa

à lever son bras, on constatait qu'il restait dans la position qu'on lui donnait.

Pendant 2 mois, elle présenta ce phénomène presque tous les jours.

Depuis ce moment, elle a eu fréquemment des battements de cœur, des maux de tête, des attaques de pseudo-asthme, accompagnés de sueurs froides, vers l'âge de 11 ans.

Développement psychique. A été à l'asile dès 3 ans, très distraite et étourdie, mémoire bonne, mais apprend peu, par faute d'attention.

Pas très affectueuse, mais très impressionnable.

Recherche volontiers la société des petits garçons.

Depuis 10 jours, réapparition de quelques mouvements, parole embarrassée plus qu'elle ne l'a été dans les précédentes attaques et qui motive l'hôpital.

E. A. — Bien constituée. Seins légèrement indiqués. Pas de poils pubiens.

Grimace un peu en parlant.

Mouvements choréiques légers de la main droite.

Pendant la marche, légère instabilité.

La voix est sourde ; l'enfant s'habitue à une demi-aphonie dont elle peut se départir quand on insiste.

De temps en temps, elle fait une inspiration profonde comme si elle étouffait.

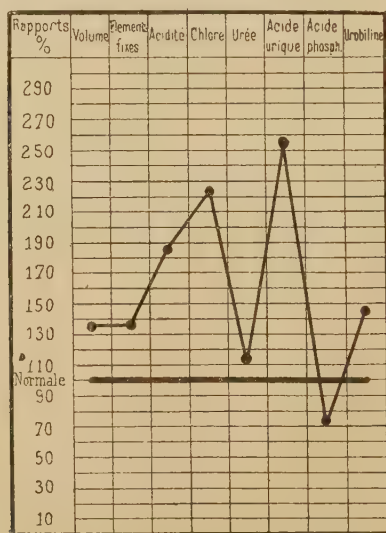
Pas de troubles de la sensibilité objective. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas d'anesthésie pharyngée. Aucune lésion viscérale.

La malade est en cours de traitement.

TABEAU 10.

|                                                   | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                     | 1.450                             | 1.080                                                         |
|                                                   | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .                | 61.77                             | 45                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>5</sup> ). . . | 2.54                              | 2.70                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                  | 10.00                             | 4.50                                                          |
| Urée . . . . .                                    | 23.34                             | 20.25                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                     | 1.16                              | 0.45                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . . .                | 1.62                              | 2.25                                                          |
| Urobiline . . . . .                               | 0.65                              | 0.45                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                             | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle . . . . .                                | abondant                          | »                                                             |
| Leucomaïnes. . . . .                              | prés. nettes                      | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                           | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                          | »                                 | »                                                             |
| Composés xanthiques ac. ur. . . .                 | 0.24                              | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 10.

R. A... Analyse pratiquée au cours du traitement.

**11<sup>e</sup> cas.** — Estelle Ler..., 14 ans.

Entrée le 25 juillet 1903, salle Parrot.

A. H. — Père, absinthique, mort bacillaire (?) à 35 ans.

Pas de névropathie.

Mère, 53 ans. Sa mère a eu une folie transitoire (durant 3 ans) coïncidant au début avec la période de ménopause et provoquée par une perte d'argent.

Une tante qui aurait toujours été folle est morte à 30 ans.

Elle-même est assez bien portante et non nerveuse.

A eu 3 grossesses : 1 garçon âgé actuellement de 16 ans 1/2, puis une fausse couche de 2 mois, enfin notre malade. Les 2 enfants vivants, nés à terme ont été nourris au sein chacun 22 mois. Le fils n'a pas eu de convulsions dans l'enfance. Dès 2 ou 3 ans, il était très turbulent. A l'âge de 5 ou 6 ans, à la suite d'observations il se sauvait, allait se promener au lieu d'aller à l'école et revenait vers 4 heures.

A l'école, il était très remuant, faisait toutes sortes de niches et finit par être renvoyé. Il est placé à la colonie de Vaucluse depuis l'âge de 10 ans.

A. P. — La fillette a eu une enfance normale, mais elle fut envoyée à Forges à 6 ans, à 8 ans 1/2 et à 11 ans pour anémie.

Depuis l'âge de 8 ans, elle est sujette à des absences qui se reproduisent jusqu'à 18 ou 20 fois par jour. Au milieu d'un travail quelconque ou pendant qu'elle chante, elle s'arrête, le regard fixe un instant, puis semble chercher autour d'elle et garde en main ce qu'elle tenait.

L'an dernier, vers le mois d'octobre, elle vit une petite fille avoir une attaque d'épilepsie. Le soir même, elle fut prise d'une crise précédée de quelques cris ressemblant à des aboiements. Elle tomba, se débattit, se mordit la langue. Depuis lors, des crises semblables se sont reproduites 4 ou 5 fois. Précédées de maux de têtes violents, elles survenaient toujours dans la journée et à la maison.

Elles se composaient de deux périodes convulsives, toniques, puis cloniques, non suivies du stertor.

La petite malade reste un moment les yeux hagards, se sent fatiguée, mais ne dort pas. Il n'y a jamais de miction involontaire.

La dernière crise a eu lieu en mai.

Le traitement a consisté en douches.

*Examen de la fillette.* — Bien constituée, physionomie ouverte, pas de signes de dégénérescence.

Elle est intelligente, répond facilement aux questions.

A toujours été douée d'une bonne mémoire.

A obtenu son certificat d'études à 13 ans.

Elle lit très attentivement et se souvient très exactement de ce qu'elle a lu.

Apprentie couturière depuis un an, elle est capable d'un travail soutenu.

Elle a bon caractère et n'est pas vicieuse.

Le développement des seins commence à se manifester ; mais il n'y a pas d'autre signe objectif de puberté.

La fillette n'est d'ailleurs pas encore réglée.

L'exploration de la sensibilité indique que les sensations de contact et de piqure sont normales.

Il y a un peu d'hypoesthésie conjonctivale.

Le réflexe pharyngé est nul.

Il y a des points hystérogènes au niveau du sein gauche et à gauche de la 5<sup>e</sup> dorsale. Leur compression détermine de la douleur, de l'angoisse et des pleurs.

La malade ne présente pas le phénomène de la boule hystérique, mais elle est sujette à une constipation très tenace.

La malade séjourne 15 jours à l'hôpital au cours desquels on lui donne des douches et on n'observe ni crises, ni absences.

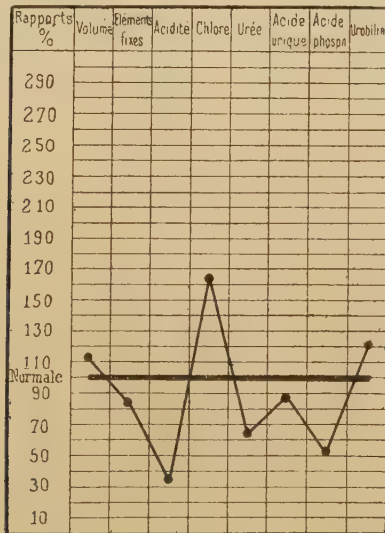
Revue le 27 octobre, elle avait eu dans l'intervalle encore une crise et de nouveau des absences fréquentes.

L'examen physique donne les mêmes renseignements, mais les points hystérogènes ont disparu.

TABLEAU 11.

|                                                       | Dosages<br>en 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                         | 1.250                            | 1.104                                                         |
|                                                       | gr.                              | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .                    | 38.87                            | 46                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>5</sup> ). . . . . | 0.80                             | 2.68                                                          |
| Chlore (des chlorures). . . . .                       | 7.50                             | 4.60                                                          |
| Urée. . . . .                                         | 14.13                            | 20.7                                                          |
| Acide urique (total). . . . .                         | 0.41                             | 0.46                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . . . .                  | 1.32                             | 2.30                                                          |
| Urobiline . . . . .                                   | 0.56                             | 0.46                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                                 | traces                           | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                                     | abondant                         | »                                                             |
| Leucomaines. . . . .                                  | »                                | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                               | traces                           | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                              | »                                | »                                                             |
| Composés xanthiques. . . . .                          | 0.07                             | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 11.

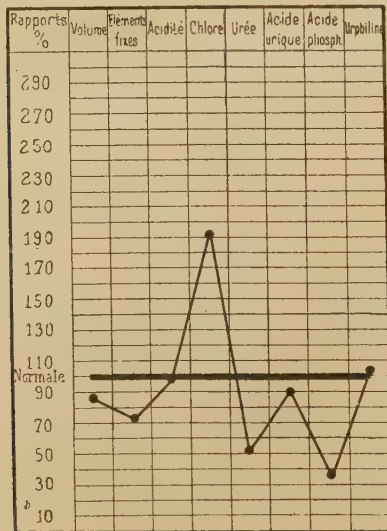
Même malade. — Analyse pratiquée dans la période de santé.

Nous rapprocherons de ces différentes courbes, celles que nous avons obtenues par l'analyse des urines de deux cas de chorée rhumatismale et qui permettent d'affirmer une analogie assez remarquable dans les échanges nutritifs.

TABEAU 12.

|                                                  | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures . . . . .                   | 1.075                             | 1.224                                                         |
|                                                  | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C . . .                  | 37.73                             | 51                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>s</sup> ) . . | 1.52                              | 3.06                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                 | 9.80                              | 5.10                                                          |
| Urée. . . . .                                    | 11.73                             | 22.95                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                    | 0.46                              | 0.51                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . . .               | 0.96                              | 2.55                                                          |
| Urobiline . . . . .                              | 0.53                              | 0.51                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                            | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                                | prés. nette                       | »                                                             |
| Leucomaïnes. . . . .                             | »                                 | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                          | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                         | »                                 | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



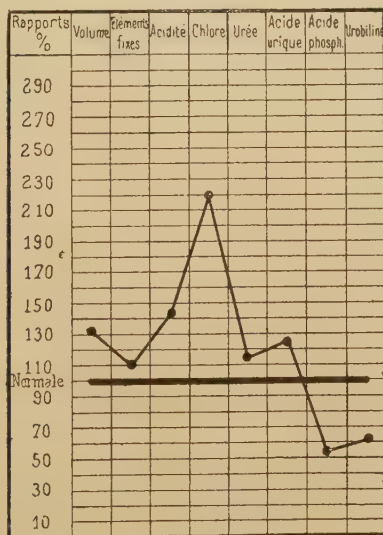
Graphique 12.

Séd., 12 ans. Chorée rhumat. aiguë, insuffisance mitrale.  
Pér. de convalescence. Moy. de 3 analyses.

TABLEAU 13.

|                                                 | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                   | 850                               | 648                                                           |
|                                                 | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . .                | 30.09                             | 27                                                            |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>s</sup> ). . | 1.20                              | 1.62                                                          |
| Chlore (des chlorures). . . . .                 | 5.95                              | 2.70                                                          |
| Urée. . . . .                                   | 13 75                             | 12.15                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                   | 0.34                              | 0.27                                                          |
| Acide phosphorique (total). . . .               | 0.73                              | 1.35                                                          |
| Urobiline . . . . .                             | 0.17                              | 0.27                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                           | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle . . . . .                              | abondant                          | »                                                             |
| Leucomaïnes. . . . .                            | »                                 | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                         | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus). . . . .                         | »                                 | »                                                             |
| Composés xanthiques en ac. ur.                  | 0.06                              | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 13.

Dor., 11 ans. Chorée rhumat. aiguë. Insuf. mitrale.  
Pér. de convalescence. Moy. de 3 analyses.

En résumé ces différents cas, envisagés dans la période relativement normale, en dehors des crises ou des accidents, nous offrent tous des caractères concordants au point de vue du ralentissement de la nutrition.

Mais il est un second caractère qui mérite d'être considéré et qui joue, à notre avis, un rôle important dans la prédisposition névropathique, c'est l'auto-intoxication. Si l'on se reporte aux différents tracés transcrits ci-dessus, on y notera un ensemble de signes qui permettent d'affirmer la présence constante de produits toxiques surabondants. Ce sont, d'une part, les leucomaines, dont la présence est toujours très manifeste ; de l'autre, les produits de putréfaction intestinale, l'indoxyle en quantité généralement très notable, et enfin dans certains cas, une proportion anormale d'oxalate de chaux. Ces éléments qui doivent être rattachés à des troubles de digestion intestinale, sont ici liés, dans leur exagération, à l'existence habituelle chez ces malades de troubles gastro-intestinaux divers, dont le moindre et le plus constant est une constipation très marquée (1).

Ces deux groupes de phénomènes, auto-intoxication et ralentissement de la nutrition semblent former comme un syndrome chimique de troubles diathésiques et héréditaires ; il peut être considéré comme l'expression physique du tempérament névropathique commun au simple nervosisme comme aux névroses les plus caractérisées (2).

Ces phénomènes de ralentissement de la nutrition que nous trouvons si accentués dans la plupart de nos observa-

(1) Il s'agit là d'une constipation habituelle si fréquente chez les arthritiques, et non d'une manifestation déjà hystérique, liée à l'anesthésie ou à un spasme intestinal.

(2) Cf. B. WEILL-HALLÉ et DESMOULIÈRE, L'urologie et les névroses de l'enfance, *Bull. de la Soc. de Péd.*, déc. 1903.

tions, ont été constatés dans un autre état de prédisposition névropathique, à un degré moins élevé, il est vrai.

Les recherches urologiques pratiquées par Ant. Marro (1) à l'occasion de ses études sur la puberté, l'ont amené à constater une véritable diminution dans le processus des oxydations organiques, plus évidente et plus marquée à l'époque du flux menstruel. Ces conclusions sont établies par l'examen de l'élimination de l'urée, de l'acide sulfurique, de l'acide phosphorique et des autres éléments solides. Elles concordent avec les observations faites par Andral et Gavarret sur les échanges respiratoires (2).

Marro n'hésite pas à attribuer à ces troubles de nutrition l'origine des troubles vaso-moteurs, de la convulsibilité exagérée ; et en même temps, l'origine de la diminution de la sensibilité, de la propension à la mélancolie et à l'hystérie.

Si nous voulons détailler les résultats fournis par nos analyses, nous remarquerons d'abord le taux très élevé de l'acide urique et des composés xanthiques et qui offre des variations intéressantes suivant le moment considéré.

Elles subissent, en effet, une diminution relative au début des accidents aigus, crise convulsive, chorée, hallucinations, névralgie, et une augmentation considérable se manifeste au début de la convalescence pour baisser à nouveau et regagner le chiffre normal.

Cette variation permet de considérer ces éléments comme

(1) ANT. MARRO, *La puberté chez l'homme et chez la femme*, Paris, 1901, chap. III.

(2) ANDRAL et GAVARRET, Recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon dans l'espèce humaine, *Ann. de chimie et de phys.*, série 3<sup>e</sup>, t. VIII, 1843, p. 149-150.

jouant vraisemblablement un rôle d'excitation nerveuse, diffuse et localisée sur un point de moindre résistance pour favoriser certains accidents spasmodiques.

Le Dr Rachford (1), étudiant l'uricémie, a bien montré le rôle de l'acide urique et des urates dans la production des troubles nerveux chez les hérédito-arthritiques. Et dans une conclusion à laquelle nous souscrivons pleinement, il rapporte à l'action de la xanthine ou des leucomaines, sur la présence excessive desquelles nous avons insisté plus haut, les convulsions épileptiformes, essentielles de la première enfance.

M. Comby (2), dans une étude récente, confirme ces résultats par un assez grand nombre d'observations personnelles.

Mais ces auteurs ne considèrent les manifestations nerveuses que comme expression de l'arthritisme naissant.

Nous pensons que c'est sur un terrain analogue plus ou moins complètement caractérisé, que se développent la plupart des névroses héréditaires sans qu'on puisse trouver de signes permettant de distinguer une prédisposition plus spéciale à l'une d'entre elles.

Comment s'en étonner, quand la clinique nous a montré les mutations possibles et si fréquentes dans les transmissions héréditaires.

Un dernier fait urologique qui mérite de retenir l'attention, réside dans les variations chlorurées parallèles aux

(1) RACHFORD, Symptomatology of lithæmia, *Arch. of Pediatrics*, septembre 1897.

(2) COMBY, L'uricémie chez les enfants, *Archives de méd. des enfants*, 1901.

variations uriques et qui soulignent d'une façon plus précise encore le début de la crise et le passage à la convalescence.

La crise convulsive, l'accès choréique correspondent généralement à une rétention chlorurée. Le taux des chlorures est habituellement élevé comme celui de l'acide urique ; il s'abaisse au moment où la crise est proche, et cet abaissement marque vraisemblablement le point maximum de la disposition morbide.

La crise produite, l'accès choréique installé, il se produit peu à peu une résolution, une détente urinaire où l'on remarque une élévation considérable du taux des chlorures.

Dans le cas de Charp..., relaté plus haut, nous observons les chiffres suivants :

|                          | Début de la chorée | Amélioration | Convalescence |
|--------------------------|--------------------|--------------|---------------|
| Eléments fixes . . . . . | 80                 | 91           | 93            |
| Chlore . . . . .         | 130                | 170          | 202           |

Dans celui de L... Céline :

|                          | Début de la chorée | Amélioration | Fin de la Convalescence |
|--------------------------|--------------------|--------------|-------------------------|
| Eléments fixes . . . . . | 88                 | 93           | 62                      |
| Chlore . . . . .         | 128                | 142          | 104                     |

Nous pourrions multiplier les exemples, car les autres observations offrent des renseignements identiques.

A dire vrai, il manque à toutes l'examen des urines qui aurait précédé la crise, les malades n'étant venus qu'à son occasion.

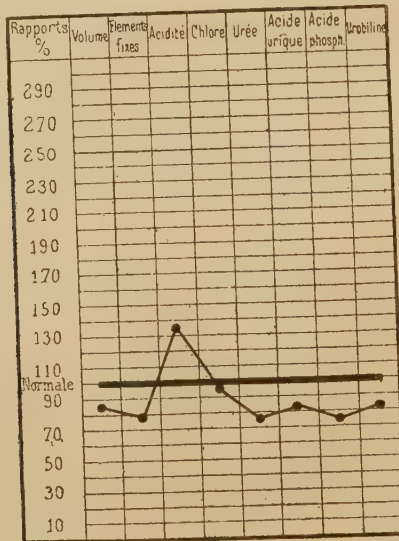
Nous avons pu récemment, avec M. Desmoulière, étudier, au laboratoire de M. le professeur Gaucher, le cycle complet d'une adulte atteinte d'épilepsie et nous avons été frappé de l'analogie complète des caractères urologiques avec les cas précédents. Les deux tracés sous-jacents correspondent l'un à la période la plus éloignée de la crise, l'autre à la veille même de l'attaque.

Ce phénomène de rétention chlorurée qui a été compensée ensuite par une décharge considérable, s'y lit très clairement.

TABEAU 14

|                                                 | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                   | 1.400                             | 1.632                                                         |
|                                                 | gr.                               | gr.                                                           |
| Eléments fixes à + 100° C. . . .                | 54.04                             | 68 00                                                         |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>5</sup> ). . | 2.80                              | 4.08                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                | 6.58                              | 6.80                                                          |
| Urée . . . . .                                  | 24.43                             | 30.60                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                   | 0.56                              | 0.68                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . .                | 2.60                              | 3.40                                                          |
| Urobiline . . . . .                             | 0.56                              | 0.58                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                           | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle . . . . .                              | abondant                          | »                                                             |
| Leucomaïnes. . . . .                            | prés. nette                       | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                         | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                        | »                                 | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



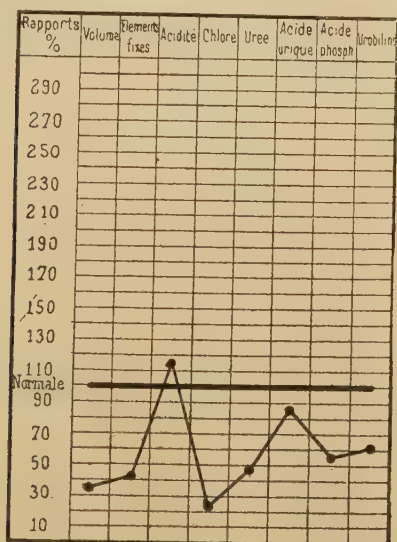
Graphique 14.

H... Epilepsie, n° 26, salle Henri IV. Etat normal (interparoxystique).

TABEAU 15

|                                                       | Dosages<br>par 24 heures<br>c. c. | Normales<br>en 24 heures<br>pour le sujet<br>examiné<br>c. c. |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Volume des 24 heures. . . . .                         | 600                               | 1.632                                                         |
| Eléments fixes à + 100° C. . . . .                    | gr. 28.26                         | gr. 68.00                                                     |
| Acidité totale (dosée en Ph 0 <sup>s</sup> ). . . . . | 2.34                              | 4.08                                                          |
| Chlore (des chlorures) . . . . .                      | 1.56                              | 6.80                                                          |
| Urée . . . . .                                        | 15.24                             | 30.60                                                         |
| Acide urique (total). . . . .                         | 0.60                              | 0.68                                                          |
| Acide phosphorique (total) . . . . .                  | 1.93                              | 3.40                                                          |
| Urobiline . . . . .                                   | 0.42                              | 0.68                                                          |
| Uroérythrine. . . . .                                 | traces                            | traces                                                        |
| Indoxyle. . . . .                                     | abondant                          | »                                                             |
| Leucomaines. . . . .                                  | prés. nette                       | »                                                             |
| Sulfocyanures . . . . .                               | traces                            | »                                                             |
| Mucine (mucus) . . . . .                              | »                                 | »                                                             |

RAPPORT A LA NORMALE REPRÉSENTÉ PAR 100



Graphique 15.

H... (Même malade que ci-dessus), veille de la crise.

Quant à la valeur de cette rétention des chlorures, nous ne sommes pas encore absolument fixé à ce sujet.

Qu'elle coïncide comme la rétention de l'acide urique et des produits xanthiques, comme l'exagération relative et connexe d'acide phosphorique, avec la période d'instance morbide, le fait n'est pas douteux. Mais y a-t-il entre cette hyperchlorurémie et la crise, une relation de cause à effet ou faut-il y voir plutôt un acte de défense et une lutte contre l'intoxication uro-xantholeucomainique (1), nos recherches incomplètes ne nous permettent pas encore d'en décider.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de constater le fait et en même temps l'analogie qu'il établit encore entre les caractères urologiques des accidents hystériques et épileptiques.

Il y a lieu aussi de rapprocher de ces faits les recherches de différents auteurs touchant l'épilepsie, notamment celles d'Agostini (2), de Mairet et Bosc (3) sur la toxicité urinaire, celles de Herber et Smith, de Haig, de Kraïnsky sur l'élimination de l'acide urique.

De l'ensemble de nos constatations et des comparaisons établies, il résulte que l'altération de la nutrition générale, manifeste chez la plupart des enfants hystériques, doit être considérée comme subordonnée à une tare neuro-arthritique.

(1) Rapprocher de cette hypothèse les expériences récentes de MM. LESNÉ et RICHER fils sur l'action antitoxique du chlorure de sodium, *Société de biologie*, 27 mars et 9 mai 1903 ; *Gaz. des hôpit.*, 19 novembre 1903.

(2) AGOSTINI, Sul chimismo gastrico e sul ricambio materiale degli epilettici, *Riv. sperim. di fren. e di med. leg.*, 1896.

(3) MAIRET et BOSC, Recherches sur la toxicité de l'urine des épileptiques, *C. R. Soc. de Biolog.*, 1895.

Ces troubles de nutrition diathésiques, joints à l'auto-intoxication gastro-intestinale si fréquente au cours de la première enfance, suffisent à eux seuls à justifier les manifestations convulsives et spasmodiques de cet âge. C'est pourquoi avec Moussous (1) et d'Espine (2), nous nous refusons à admettre la possibilité d'une origine proprement hystérique à ces divers accidents.

Et d'ailleurs, l'impossibilité de les juger à la faveur du critérium thérapeutique de la suggestion doit suffire à révoquer en doute une pareille étiologie.

Dans les années ultérieures, des causes occasionnelles et un état psychique spécial pourront mettre à profit cette prédisposition organique, et tous ces moments étiologiques, combinés le plus souvent, détermineront l'apparition des phénomènes hystériques.

(1) *Congrès fr. de médec.* (Toulouse, 1902).

(2) *Congrès fr. de médec.* (Toulouse, 1902).

## LES CAUSES PROVOCATRICES

Le phénomène hystérique peut apparaître chez les enfants sous l'influence des mêmes causes qui le déterminent chez l'adulte.

Briquet, qui a tâché d'en préciser la nature pour 79 enfants, les énonce ainsi :

1° Les mauvais traitements infligés par les parents, chez 18 ;

2° La frayeur vive, chez 8 ;

3° L'ennui dans la pension, chez 3.

4° La vue d'une attaque convulsive, chez 3 ;

5° Les contrariétés et le chagrin, chez 3 ;

6° Les émotions morales, la colère, chez 2 ;

7° Les cérémonies de la première communion, chez 1 ;

8° La chlorose et la saignée, chez 2.

« Enfin, chez 43, la maladie s'était développée sans causes déterminantes parce que, d'une part, le début de la maladie s'était fait à un âge où le souvenir du passé avait dû se perdre, et, d'autre part, parce que les enfants qui sont atteints d'hystérie dans leur bas âge le sont sous l'influence de prédispositions héréditaires très prononcées et en quelque sorte par le fait seul de leur constitution impressionnable. »

En somme, pour les cas où l'origine a pu être reconnue, Briquet trouve la cause déterminante 18 fois dans les mauvais traitements, 17 fois dans les émotions diverses, notamment la peur, 2 fois dans une maladie antérieure.

Duvoisin, qui attribue à la prédisposition le rôle le plus important et considère que l'occasion la plus minime suffit à provoquer l'accident hystérique, a spécifié pourtant l'influence prépondérante de causes provocatrices pour 6 malades, soit un quart de ses observations.

Après une grande frayeur, 2 chorées, 1 attaque d'épilepsie.

Après une chute, une hystérie complète avec parésie.

Après vaccination, une hystérie complète avec parésie.

Après la variole, parésie.

Bézy distingue sous trois rubriques, les facteurs principaux : éducation, contagion, émotion.

Saint-Philippe, rappelant la classification de G. Guinon (th. de 1889), montre la rareté de certaines causes chez les enfants et notamment des maladies générales et des intoxications.

Il indique, en la soulignant, l'origine auto-toxique et gastro-intestinale de certains phénomènes hystériques ou hystériformes chez l'enfant.

On a vu plus haut l'intérêt que nous y attachons.

L'étude des causes provocatrices primitives dans 18 cas nous a donné les renseignements suivants :

L'émotion, sous forme de frayeur, a provoqué, seule l'hystérie dans 4 cas ; 2 fois l'émotion a dû s'associer au traumatisme ; dans 1 cas, l'enfant a roulé au bas d'un escalier et craint de tomber dans un puits ; dans l'autre, il s'agissait d'une chute de deux étages.

La forme d'hystérie provoquée par l'émotion a été : dans 1 cas, les cauchemars avec somnambulisme ; 3 fois, la chorée ; 1 fois des crises convulsives ; 1 fois (chute de 2 étages) l'incontinence d'urine.

L'émotion s'est évidemment jointe à l'imitation pour déterminer le début de l'hystérie et sa modalité dans 3 cas, crises épileptiformes, pseudo-méningite, pseudo-croup.

Le traumatisme a agi seul dans 2 cas : dans le premier, il s'agissait d'un coup de pierre qui produisit une contraction ; dans le 2<sup>e</sup>, la chute d'un enfant des bras de sa mère détermina des vomissements à répétition.

Dans un cas, les premières menstrues ont seules déterminé l'hystérie sous forme de crises convulsives.

Le séjour au lit à l'occasion d'une bronchite a été l'origine d'astasia-abasia dans un cas.

Enfin la cause provocatrice n'a pu être précisée dans 4 observations.

En résumé, les causes provocatrices peuvent se ranger dans les catégories suivantes :

Emotions ;

Contagion ou imitation ;

Altérations organiques (traumatisme, intoxication, helminthiase) ;

Suggestion pure.

De toutes les causes provocatrices, l'*émotion* s'affirme comme la plus importante de beaucoup.

Elle joue le rôle capital dans la majorité des cas et s'associe à une influence secondaire et généralement localisante dans un autre groupe de faits.

La nature de l'émotion varie généralement peu chez l'enfant. L'ennui, les soucis divers, sont rarement en cause et c'est le plus souvent la peur qui détermine le premier

accident hystérique. La peur peut avoir, du reste, des origines très diverses.

Dans nos observations, on relève ainsi successivement la vue d'un chien, une chute d'un lieu élevé, les menaces et les voies de fait d'un individu, la vue d'une crise épileptique. Son action peut être immédiate. D'autres fois, elle agit lentement et par répétition, comme l'indique justement Gilles de la Tourette en faisant allusion à l'éducation. C'est là une source de l'hystérie toute spéciale à l'enfant. On sait le rôle néfaste et sur lequel Mosso (1) a appelé l'attention, des menaces dans l'éducation et des peurs imaginaires provoquées chez l'enfant.

Charcot a noté également la provocation de l'hystérie dans l'enfance par la culture de la croyance au merveilleux, par la participation aux manœuvres de spiritisme. Dans une de ses leçons, il décrit une petite épidémie survenue ainsi chez 3 enfants d'une même famille et qui avaient été associés à des expériences de spiritisme.

Il souligne l'intérêt de cette observation où on assiste « à l'évolution de la maladie dans une famille de nerveux et d'arthritiques » et où l'on voit clairement « tout le danger, surtout chez les gens prédisposés, des pratiques superstitieuses lesquelles ont généralement pour eux un si grand attrait ».

G. Guinon range l'imitation à côté des émotions morales. Il considère que cette cause provocatrice est, elle aussi, en grande partie de nature émotive.

Pour nous, et en ce qui touche les enfants, nous pensons

(1) *La Peur*, Paris, 1886.

qu'il y a lieu de distinguer dans l'hystérie d'origine imitative, deux catégories différentes. Dans l'une, l'émotion joue évidemment un rôle essentiel, c'est, par exemple, la vue de la crise épileptique, entraînant un accès hystérique, comme dans l'observation, de Estelle L... ; l'imitation ne fait que déterminer le caractère de l'accident provoqué. Dans l'autre catégorie, l'imitation a une action beaucoup plus importante et l'émotion est atténuée : c'est le cas des épidémies hystériques et l'on sait qu'elles sont particulièrement fréquentes dans l'enfance (1). Nous verrons ultérieurement les motifs de cette fréquence comme ceux de la bénignité habituelle du pronostic dans ces cas et sur laquelle Charcot, contre l'opinion de bien des auteurs, a insisté un des premiers.

Enfin, la suggestion directe peut être la seule cause provocatrice dans certains cas qui font bien saisir la valeur de l'isolement pour le traitement des phénomènes hystériques, surtout chez l'enfant.

Nous avons vu récemment un cas de ce genre et ils sont loin d'être rares : un enfant tombe, se fait une contusion insignifiante. La mère s'effraye, insiste sur les douleurs que l'enfant aurait pu avoir, sur la boiterie légère qui existe d'abord ; par ses recherches intempestives, elle finit par constituer un syndrome où, tant bien que mal, elle veut affirmer la marque d'une coxalgie au début.

A la suggestion autant qu'à l'émotion peut-être, il faut enfin rapporter les exemples d'hystérie dont Charcot, Lombroso, Séglas ont reproduit des cas et où les phénomènes succèdent à des tentatives d'hypnotisation.

~ (1) Hystérie scolaire.

. Au reste, nous considérons avec Gilles de la Tourette qu'il s'agit le plus souvent dans ces observations d'hystérie latente qui trouvent dans ces pratiques l'occasion d'une manifestation plus précise.

Le rôle du surmenage intellectuel admis par tous les auteurs qui étudient l'hystérie chez l'adulte, a été très discuté pour les enfants. Il convient de citer notamment l'opinion de Charcot qui a été provoquée par la fameuse discussion de 1888 à l'Académie de médecine. G. Guinon la rapporte en ces termes : « Le surmenage intellectuel véritable, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Charcot, n'existe pas dans les collèves, parce qu'il n'existe pas en réalité à l'âge où se trouvent les sujets à ce moment de leur existence. Donnez à un enfant un travail énorme, beaucoup au-dessus de ses forces, il l'accomplira peut-être. Mais toute la portion qui dépassera la moyenne de sa vigueur intellectuelle, il la fera comme une machine. »

En somme, Charcot admet facilement le surmenage chez l'adulte, conscient de son but, et le conteste chez l'enfant, à qui la sollicitation serait toujours insuffisante pour déterminer cette force de surchauffement, d'hypertension cérébrale nécessaire pour fournir une somme de travail au-dessus de ses forces.

En fait, on connaît trop le sentiment d'amour-propre provoqué par l'émulation chez les enfants approchant de la puberté, pour méconnaître la possibilité, à cet âge, du surmenage intellectuel.

Deux auteurs qui ont largement contribué à doter la psychologie d'une méthode expérimentale, A. Binet et

V. Henri (1), nous rendent d'ailleurs fort circonspects pour l'appréciation d'un pareil facteur.

Toutes les définitions qu'on en a données « laissent en suspens, disent-ils, la question de savoir à quoi l'on reconnaît le surmenage intellectuel ».

Il faut, selon eux, préciser d'abord les limites normales de la fatigue intellectuelle ou encore la vitesse de réparation de cette fatigue pour constater où commence la réparation anormale, c'est-à-dire pathologique, que nécessite le surmenage.

Quoi qu'il en soit et dans la mesure où nous pouvons très grossièrement apprécier le surmenage scolaire, basé sur l'augmentation sensible et brusque des exercices intellectuels, il nous paraît devoir exercer une action réelle et qui se manifeste dans certaines épidémies d'école où l'émotion causale trouve certainement un appoint dans son existence.

Von Holwede, rapportant une épidémie d'attaques hystériques survenue dans une école du Brunswick (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1898), reconnaît au surmenage provoqué par l'imminence d'une inspection, un rôle important dans la production des accidents. A vrai dire, il s'agit là plutôt d'une cause prédisposante que d'une cause véritablement provocatrice.

En résumé, l'hystérie survient chez les enfants à l'occasion d'une provocation de nature psychique dans la très grande majorité des cas ; assez souvent cependant elle est éveillée par une cause locale d'ordre traumatique ou physique.

(1) BINET et HENRI, *La fatigue intellectuelle*, Paris, 1898.

Nous avons ainsi passé en revue les causes provocatrices de l'hystérie des enfants. Pour comprendre le mécanisme de leur action, il faut envisager le terrain psychique sur lequel elles vont s'exercer.

L'étude du terrain physique nous a montré le rôle des phénomènes de la nutrition dans le nervosisme et l'excitabilité générale.

L'étude comparée de l'état mental des hystériques infantiles et du développement mental de l'enfant sain nous permettra de juger le rôle capital de la suggestibilité dans le développement de l'hystérie.

---

## LES STIGMATES PSYCHIQUES

La recherche des tares psychiques qui préparent l'hystérie de l'enfance et qui semble être la partie essentielle de l'étude générale de la prédisposition est singulièrement décevante.

Les divers historiens de l'hystérie infantile insistent tous sur la précession des troubles psychiques dans le développement de l'hystérie infantile. Le caractère hystérique constitue pour beaucoup d'entre eux l'un des éléments importants du diagnostic. Et, de fait, dans un grand nombre d'observations, on met en évidence des altérations diverses dans le domaine de l'affectivité ou de l'intelligence.

Jules Simon avait déjà tracé le portrait de l'enfant hystérique. Il avait formulé notamment la phrase si souvent répétée: « Les jeunes hystériques pratiquent volontiers le mensonge et jouent d'instinct la comédie. » Clopatt, Burnet, Isnard, Kaler ont tous rapporté les mêmes traits de caractère.

Clopatt décrit ainsi successivement comme troubles mentaux l'impressionnabilité, la coquetterie du jeune hystérique qui attire volontiers l'attention sur lui ; « l'affection naturelle fait place à une singulière aversion pour les proches, à la jalousie vis-à-vis des frères et sœurs. »

« On observe, dit-il, assez souvent comme une exaltation passagère de l'intelligence. »

Il attribue enfin aux hystériques enfants l'instabilité mentale et des aberrations de nature morale, la folie morale.

Comme exemple de ce dernier stigmaté, il cite l'observation (obs. I de sa thèse) d'un jeune garçon qui offre l'hérédité suivante :

« Père alcoolique, violent (tentative d'assassinat contre sa femme). Grand-père paternel alcoolique. Mère ayant eu des convulsions dans l'enfance. Oncle maternel débile.

Un enfant issu de semblables ascendants nous paraît devoir être taxé avant tout de dégénérescence mentale ; cet état justifie suffisamment les aberrations morales du jeune sujet que concerne l'observation.

Saint-Philippe, décrivant l'hystérie latente, reconnaît également l'existence d'un caractère et d'un état mental particulier « même et surtout chez l'enfant ».

« En dehors de sa facilité à subir les impressions extérieures, la suggestion, l'enfant nerveux est fantasque, capricieux, volontaire ; il est faiseur d'histoires, simulateur et plus menteur que ne le veut l'école de la Salpêtrière, il est déjà prétentieux, coquet et aime à attirer l'attention sur sa personne. Exagéré dans ses manifestations affectives, il est emporté, violent, méchant, fêru de l'esprit de contradiction », et plus loin : « J'ai observé aussi des bizarreries de caractère. L'enfant émet les idées les plus baroques, où bien il a peur de tout, de l'obscurité, de mourir, de s'empoisonner, d'être malade ; il a des préoccupations au-dessus de son âge ; d'autres fois, il est jaloux jusqu'à en être incommodé dans sa santé, etc. »

Tous ces symptômes, toutes ces altérations dans le domaine de la sensibilité, tous ces troubles du caractère, nous

les avons retrouvés plus ou moins manifestes chez certains de nos petits malades, ainsi qu'en témoignent les observations incluses dans ce travail. L'intelligence nous a paru plus souvent exaltée que diminuée ; mais il s'agissait surtout d'une certaine vivacité d'esprit, car l'attention était peu soutenue et facilement distraite. Au reste il s'agit là de signes très fugitifs et inconstants, qui ne permettent point d'y saisir une caractéristique de la prédisposition. Et d'ailleurs nous retrouvons les mêmes symptômes signalés à ce même degré chez l'épileptique, ou chez le futur dément précoce.

Du premier Chaslin (1) nous indique les traits suivants : « L'épileptique, même dans le jeune âge, est souvent sombre, égoïste, rancunier, colère, entêté, querelleur, surnois, obséquieux et dissimulé, les tendances religieuses qui sont souvent si marquées, ne se développent qu'avec la puberté. »

Deny et Roy (1), dans leur monographie sur « La démence précoce », indiquent parmi les troubles psychiques signalant son invasion :

1° Les modifications du caractère : le malade devient sombre, irritable, apathique ; il a des accès de pleurs et de rire sans motifs, des emportements, des colères, etc. ;

2° L'engourdissement des facultés intellectuelles et notamment l'aprosodie ;

3° L'altération des sentiments affectifs et moraux ; indifférence à tout ce qui l'intéressait auparavant, perte du sentiment de famille, etc.

Il n'est pas jusqu'à certaines affections organiques qui ne puissent offrir même tableau et, mieux que toute des-

(1) *Tr. des mal. de l'enfance*, t. IV.

(2) *La démence précoce*, Baillière, 1903.

cription, la comparaison des deux observations suivantes en témoignera.

OBS. 15.— Jeanne B..., 9 ans, examinée le 18 mars 1903.

A. H. — *Père* mort à 59 ans (l'enfant avait 6 semaines), était nettement éthylique (absinthe, vin), a succombé à une gastrite compliquée de bronchite.

*Mère* a eu cette enfant à 35 ans. Enfance difficile, mais pas de maladie déterminée.

Réglée à 12 ans, très régulièrement depuis.

Au moment de sa formation, avait fréquemment des faiblesses, mais sans perte de connaissance.

Caractère violent.

A 9 ans, ne savait pas lire, à 12 ans, sortit de l'école avec le premier prix, témoignant ainsi d'une aptitude réelle au travail intellectuel. Avait d'ailleurs beaucoup d'amour-propre.

A 15 ans, travaillait déjà comme couturière pour son propre compte. Lorsqu'elle eut 18 ans, elle assista à quelques incidents qui la troublèrent. Sa mère, arrivée à l'époque de la ménopause, devint folle, fut internée pendant un an. Considérée comme guérie, sa fille la prit chez elle ; mais au bout de 3 à 4 mois, elle présenta de nouveaux signes d'aliénation, jetant les assiettes par les fenêtres, passant trois jours dehors, sans qu'on eût su ce qu'elle avait fait pendant ce temps. Elle fut enfermée à Sainte-Anne où elle resta 6 mois et fut envoyée dans son pays où elle se remit complètement. Actuellement, âgée de 70 ans, bien portante.

Ces accidents de ménopause, survenus chez sa mère, l'impressionnèrent vivement. Deux mois après, lisant une lettre lui donnant une commande qu'elle avait peur de ne pouvoir exécuter, elle fut prise de cécité subite et resta aveugle 6 semaines. La vue se rétablit peu à peu. Elle voyait d'abord dans l'ombre ou en baissant la tête, mais ne pouvait voir dans la lumière. Peu à peu, la vision redevint tout à fait normale. Les années suivantes se passèrent bien. Les couches se succédèrent sans incident.

Vers l'âge de 34 ans, à la suite d'une vive contrariété (changement de situation) elle eut une crise de nerfs dans la rue (chute, perte de connaissance, pas de souvenir au réveil).

Six ou sept ans se passent sans nouvelle crise.

Une 2<sup>e</sup> crise, identique à la 1<sup>re</sup>, mais suivie d'inconscience pendant 2 jours, fut déterminée par la frayeur que provoqua une violente colère de son mari.

Depuis 9 mois, à la suite de nouvelles émotions (nécessité d'abandonner son fonds de commerce), elle fut prise de nouvelles crises qui se sont renouvelées 4 fois.

Chaque fois la crise débute par un malaise général, la malade tombe ensuite sans jamais se blesser, la perte de connaissance se prolonge pendant une heure et demie. Elle reste immobile, sans parole, mais entend un peu ce qui se dit autour d'elle (« vous voyez qu'elle va mourir », « je ne veux pas que maman meure »).

Elle a eu 6 enfants, 4 sont morts en bas âge (2 d'atrésie, 1 de choléra infantile, de méningite), une fille morte à 18 ans de tuberculose pulmonaire.

La 6<sup>e</sup> enfant est notre petite malade.

A. P. — Née à terme, élevée au biberon.

A 5 mois, fait un séjour à l'hôpital pour rougeole et bronchite.

A marché à 17 mois ; à ce moment, parlait déjà assez couramment.

Varicelle à 18 mois.

Sujette aux rhumes tous les hivers.

Vers l'âge de 7 ans, elle tomba un jour des bras de sa mère qui la tenait endormie. Elle tomba en se heurtant la tête et ne perdit pas connaissance ; mais une boisson absorbée à ce moment fut aussitôt rejetée. Le lendemain, les jours suivants, les vomissements se reproduisirent fréquemment et le 4<sup>e</sup> jour on l'amena à l'hôpital où elle séjourna une dizaine de jours. Un pansement humide appliqué sur la tête après avoir coupé les cheveux la guérit rapidement.

Il y a un an, à l'âge de 8 ans, elle présenta à plusieurs reprises de légers accès de somnambulisme.

Les crises récentes de la mère ont déterminé de nouveaux accès de vomissements.

Dans 3 mois, les vomissements antérieurement très passagers deviennent plus fréquents ; ils se produisent plusieurs fois par jour ; ordinairement faciles, simples régurgitations, ils sont aqueux, mousseux, surviennent une demi-heure ou une heure après le repas se reproduisant, à la dose de une cuillerée à bouche de liquide, trois ou quatre fois à une demi-heure d'intervalle.

Les selles sont normales et régulières.

La dernière crise de vomissements remonte à 1 mois 1/2.

Du 7 au 14 mars, ces vomissements reparaissent quotidiens et se renouvelaient fréquemment, presque incessamment pendant la journée.

En même temps, et déterminées peut-être par les efforts répétés d'expulsion, apparaissent des douleurs abdominales assez vives pour lesquelles la mère vient nous consulter.

*Etat actuel.* — Enfant bien développé physiquement. Aucun trouble de sensibilité cutanée.

Points douloureux abdominaux d'origine musculaire ou intestinale.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Aucun autre stigmate hystérique. Le réflexe pharyngien notamment est conservé.

Le développement psychique est à peu près normal.

L'enfant est assez éveillée.

Elle ne sait pas encore lire, mais ses séjours à l'école ont été très irréguliers. Au reste son attention laisse un peu à désirer. Elle est turbulente et a peine à rester en place. Elle n'aime pas à travailler. Elle répond facilement aux questions.

Très franche, si elle a commis un mensonge, rétablit spontanément la vérité. Très affectueuse.

Nous demandons à la mère qui ne donne à l'enfant que du lait, quels aliments celle-ci désire. Nous lui recommandons devant la fillette de lui donner ces aliments et nous y joignons l'ordonnance

d'une potion anodine en laissant entendre que les vomissements cesseraient aussitôt.

L'enfant nous est ramenée le 28 mars.

Les vomissements ont cessé. Elle mange tout et de fort bon appétit.

OBS. 16. — Henri B..., âgé de 7 ans.

A. H. — Mère mariée trois fois.

Les deux premiers maris et les enfants issus des deux premiers mariages sont morts tuberculeux.

L' seul est vivant, 24 ans, peu robuste.

Le troisième mari est mort à 59 ans d'un cancer de l'estomac. N'a pas été militaire (scrofuleux).

Assez vif, emporté. Buveur.

*Côté maternel* : Grand'mère était irritable, mais n'avait pas eu de crises de nerfs. Agée de 83 ans elle est depuis 3 semaines à Sainte-Anne. Elle poussait des cris, voulait se sauver, mettre le feu, etc.

*Grand-père* : non nerveux, buveur (vin, alcool), 2 frères morts, à 7 et à 3 ans. Cause inconnue. Une sœur 48 ans bien portante, pas nerveuse ; 1 frère, 62 ans, bien portant, un peu irritable.

*Mère*, 47 ans.

Pas de convulsion dans la première enfance.

Réglée à 11 ans. Auparavant céphalalgies fréquentes.

Mariée à 16 ans.

A 22 ans, à la suite de discussions légères a eu des crises de nerfs à deux ou trois reprises. Cris, convulsions, pleurs ; pas de pertes de connaissance. Depuis ce moment, généralement de mauvaise humeur, pleure souvent et parfois sans motif. A eu d'ailleurs beaucoup de malheurs.

Après son mariage avec son troisième mari, à l'âge de 32 ans a eu des ennuis sérieux causés par son beau-fils. Depuis lors, elle a souffert de névralgies fréquentes et rebelles dans les différents membres. Deux ans après son mariage, à l'âge de 34 ans, fut prise d'idées de suicide à la suite d'émotions fréquentes dues à des disputes avec son beau-fils (buveur). Elle

tenta de se pendre à deux reprises, à la suite de discussions, à l'âge de 35 ans. Puis son beau-fils étant parti, le calme reparut. Pourtant même à présent, et surtout depuis l'internement de la mère, elle dit n'avoir pas de goût à vivre. Actuellement ne supporte pas les odeurs bonnes ou mauvaises (fleurs, eau de javel, tabac) qui lui donnent l'impression d'avoir la tête serrée aux tempes comme dans un étau. Elle eut ses derniers enfants, l'un à l'âge de 38 ans, l'autre à 39. C'est ce dernier qu'elle nous amène. Pas d'accidents, ni troubles mentaux pendant les grossesses.

La petite sœur âgée de 8 ans est assez bien portante. Assez calme, docile, sait lire depuis l'âge de 3 ans, très coquette, autoritaire dans ses jeux ; aime à avoir le rôle principal. Très jalouse de son frère.

A. P. — Né à terme. Grossesse normale. Pas de convulsions dans la première enfance. A su lire à 4 ans, sait déjà assez bien l'orthographe. Assez attentif. Pas d'idées vicieuses, très jaloux de sa sœur. Très entêté malgré toute correction. A 4 ans, broncho-pneumonie. A toujours eu un sommeil agité. Il remue bras et jambes, parle et invective les gens, fait mine de se battre. Il y a 3 mois eut la scarlatine.

*Etat actuel.* — Semble bien portant, mais ne tient pas en place pendant l'interrogatoire de la mère. Le début de la maladie actuel remonte à 5 à 6 semaines. A l'école, il perdit connaissance, et fut ramené chez lui où il eut des vomissements. Depuis lors, tous les matins au réveil, mal de tête, vomissements ; véritables migraines, dit la mère, vomissements glaireux-bilieux ; dans la journée, ces vomissements surviennent rarement ; on note aussi un peu de constipation.

Aucun signe viscéral.

Pas de troubles de sensibilité.

Rétrécissement concentrique du champ visuel, qui est difficile à rechercher, à cause de l'inattention de l'enfant.

Réflexes rotuliens exagérés.

Signe de Romberg.

L'enfant, vu une seule fois, est rentré un mois après dans un service d'hôpital avec tous les signes d'une tumeur cérébrale et a été repris par sa famille dans un état qui laissait prévoir une fin prochaine.

Dans les deux cas, l'hérédité névropathique est très marquée. Le premier cas montre des signes de dégénérescence mentale avec obsession et accès mélancoliques chez la mère et folie de la ménopause chez la grand'mère, le caractère dit hystérique chez la sœur du petit malade. Dans le deuxième cas, l'hérédité est assez analogue ; névropathie et folie sénile chez la grand'mère, hystérie chez la mère.

Quant aux malades eux-mêmes le premier nous montre à un certain degré, le caractère hystérique, une instabilité physique et mentale extrême et quelques stigmates, tels que le rétrécissement du champ visuel, les points pseudo-ovariens, des troubles du goût ; le deuxième offre pour tout symptôme les vomissements répétés, signalés aussi chez le précédent, des points douloureux abdominaux, enfin au point de vue psychique une inattention assez manifeste, aucun autre stigmate.

Et pourtant, des deux malades, la seconde seule avait des vomissements hystériques et le premier était au début de l'évolution d'une tumeur cérébrale dont les symptômes se caractérisent par la suite.

Le seul critérium qui ait d'emblée permis de les distinguer, c'est la résolution du symptôme dans le premier cas sous une influence psychique.

En résumé, les troubles du caractère, quand ils sont très marqués, semblent être l'expression banale d'une tare commune de dégénérescence mentale.

La recherche systématique des divers stigmates attribués aux hystériques adultes, ne fournit point chez l'enfant de données utiles.

On avait dès longtemps noté la rareté des anesthésies, des amnésies, des troubles de la sensibilité en général chez l'enfant. Pour nous, sur 18 cas nous n'avons rencontré d'anesthésies que dans deux cas ; dans l'un, l'anesthésie était étroitement liée à l'accident passager et elle était transitoire comme celui-ci.

Deux phénomènes qui, par leur fréquence relative semblaient présenter quelque importance, l'abolition des réflexes pharyngés et l'hypoesthésie conjonctivale, nous ont paru tout à fait négligeables pour deux motifs. D'une part, nombre d'hystériques ne les présentent point ; de l'autre, l'examen comparatif d'enfants normaux nous a permis de constater la présence à peu près aussi fréquente de ces signes.

Si nous joignons à ce fait, les résultats obtenus par Stürsberg (1), en ce qui concerne le réflexe pharyngé, nous hésiterons à tenir le moindre compte de son absence.

Cet auteur insiste en effet sur la contingence extrême de ce signe, même chez l'adulte : sur 123 hystériques examinés par lui :

|              |      |     |                           |   |   |         |
|--------------|------|-----|---------------------------|---|---|---------|
|              | 67,4 | 0/0 | avaient un réflexe normal |   |   |         |
|              | 49,5 | »   | »                         | » | » | diminué |
| et seulement | 11,3 | »   | »                         | » | » | aboli.  |

N'est-ce pas plutôt dans les troubles de la volonté qu'il convient de rechercher le développement de l'hystérie de l'enfance ?

(1) *Münch. med. Woch.*, 1902, p. 615.

Kamiensky, qui a fait une étude très sérieuse du début de l'hystérie infantile, conclut que le défaut de la volonté entraîne une mobilité psychique et motrice excessive dont la manifestation essentielle consiste en ce que chaque excitation s'étend principalement aux voies motrices.

« Les troubles de sensibilité, parfois très notables et très visibles, ne sont en aucune façon des signes fondamentaux de l'hystérie, ce que les Français appellent les stigmates hystériques. Au contraire, les troubles de sensibilité ne sont que des symptômes qui accompagnent et complètent les troubles moteurs. »

Mais ces altérations de la volonté sont bien difficiles à mettre en évidence chez l'enfant, la volonté elle-même n'étant point encore constituée, du moins dans le sens supérieur et intellectuel qu'il faut lui attribuer.

L'auteur qui a sans doute le mieux approfondi l'étude de l'état mental des hystériques, P. Janet, conclut l'un de ses ouvrages en ces termes :

« Enfin, dit-il, il est une dernière comparaison qui s'impose. Ce défaut de synthèse, cette instabilité, cet égoïsme naïf accompagné de jalousie et de colère se trouvent exactement dans un état qui n'est aucunement maladif, dans l'enfance. Qui donc n'a pas dit, en examinant un hystérique, que ce n'est qu'un grand enfant ? (1) »

Ainsi rapproche-t-il l'individu hystérique de l'enfant et considère-t-il que le caractère de l'hystérique n'est rien autre que le caractère des esprits faibles.

(1) P. JANET, *L'état mental des hystériques, Les stigmates mentaux*, p. 231-232 (Coll. Charcot-Debove), Paris, 1892.

Donc, d'une part, analogies observées entre les troubles mentaux généralement attribués aux enfants hystériques et les troubles qui marquent le début des autres névroses ou des psychoses de l'enfance ;

D'autre part, rapprochement de l'état mental hystérique et de l'esprit normal de l'enfant, telles sont les deux constatations qu'il nous faut enregistrer.

C'est qu'en effet l'enfant présente à un haut degré le caractère primordial de l'hystérique, la suggestibilité. C'est dans le développement de cette propriété et dans les influences qui provoquent son exagération qu'il faut chercher l'origine et la justification de l'hystérie infantile. C'est en l'existence normale de cette propriété, en sa transformation pathologique que réside la seule particularité de l'hystérie infantile naissante : les stigmates psychiques n'en sont qu'un corollaire tardif.

## LE DÉVELOPPEMENT MENTAL ET LA SUGGESTION

La suggestion, dans le sens médical du mot, a été définie de diverses manières. Pour Janet (1), elle désigne « un automatisme d'un genre particulier, celui auquel donnent naissance le langage et, en général, les perceptions ». Il proteste en même temps contre la valeur trop compréhensive qu'on a pu donner à ce terme, en faisant dépendre de la suggestion « toute pensée humaine, déterminée et régulière ». Il conteste ainsi toutes les influences suggestives qui sont admises par l'école de Nancy. Et il établit une distinction absolue entre l'automatisme des sensations et celui des perceptions.

La condition de cette suggestion est l'absence de contrôle personnel, la substitution du fait d'imitation intégrale à celui du choix et de l'inhibition volontaire.

L'enfant, suivi dans son développement, nous montre presque réalisées à l'état normal la plupart des conditions nécessaires à cette suggestion.

Au début de la vie, les sollicitations de quelque nature qu'elles soient provoquent des réactions isolées et indépendantes qui, peu à peu, en vertu des lois de l'évolution, s'organisent et constituent l'acte volontaire.

Tous les psychologues qui se sont intéressés à l'étude,

(1) *Autom. psychol.*, p. 218.

encore incomplète, du développement mental de l'enfant, s'accordent à lui attribuer une période relativement longue pendant laquelle toute l'activité psychique se résout dans la loi générale de dynamogénèse.

Durant les premières semaines de la vie, les réactions semblent être purement physiologiques.

Preyer (1) distingue ainsi trois catégories de mouvements, précédant les mouvements volontaires qui sont, par ordre d'apparition :

1° Les mouvements innés impulsifs provoqués non par une incitation périphérique, mais exclusivement par des processus organiques ;

2° Les mouvements innés réflexes, relativement lents au début de la vie et produits au contraire par des excitations périphériques (lumière, son, contact) ;

3° Les mouvements instinctifs provoqués également par des excitations périphériques, mais sans la nécessité ou la constance du réflexe et qui exigent l'existence d'une disposition (*Stimmung*) spéciale ou sentiment.

Viennent ultérieurement les mouvements volontaires, à une époque variable, suivant les auteurs, du 3<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> mois, pour Preyer, et nos recherches personnelles nous associent entièrement à cette opinion (5<sup>e</sup> mois environ dans un cas que nous avons observé à ce sujet).

Peu à peu, avec la répétition des mouvements volontaires, avec l'apparition des désirs, des appétits vitaux, s'organise en fonction de l'attention et de l'inhibition d'apparition relativement tardive, la volonté elle-même, faculté supérieure de l'intelligence.

(1) PREYER, *L'âme de l'enfant*, Paris, 1887. Trad. de Varigny.

Baldwin (1), l'un des plus brillants défenseurs de la thèse évolutionniste sur ce sujet, nous montre l'apparition successive de la suggestion physiologique (2), de la suggestion sensori-motrice, enfin de la suggestion idéo-motrice. La caractéristique de cette dernière est la nature représentative du stimulus. L'imitation consciente en est le type ; il faut en distinguer l'imitation simple ou mouvement imitatif, pure réaction sensori-motrice appartenant à la classe précédente.

Mais la succession de ces termes n'offre rien de contingent et le dernier, l'imitation consciente, que Baldwin appelle encore imitation persistante, tire son origine de l'imitation simple, en vertu de la loi d'accommodation qui, dans les réactions multiples, détermine le choix dicté par l'utilité.

Ainsi voit-on qu'il n'y a pas de départ absolu entre les phénomènes physiologiques qui sont à l'origine, et les phénomènes psychologiques qui constituent l'aboutissant de cette évolution.

Au reste, les premiers doivent subsister dans la conscience sous forme de souvenirs et perdre ainsi leur caractère de sensations pour acquérir celui de perception.

Chaque étape du développement marque la constitution de centres cérébraux-isolés et indépendants au début, confondus et coordonnés plus tard et cette évolution, facile à

(1) J. H. BALDWIN, *Le développement mental chez l'enfant et dans la race*, Paris, 1897. Trad. Nourry.

(2) Le terme de suggestion est pris ici dans un sens très général. Pour Baldwin (p. 95), « on a un exemple typique de la suggestion, considérée comme fait psychique, dans l'invasion soudaine de la conscience par une *idée*, une *image*, une *vague impression* qui tend à produire les effets musculaires ou même volontaires qu'elle produit habituellement. »

mettre en évidence au début de la vie et pour les phénomènes élémentaires, se renouvelle plus ou moins complètement dans chaque ordre d'incitations.

Et c'est ainsi qu'on voit l'imitation simple et l'imitation consciente se succéder dans le cours de l'éducation.

L'imitation simple consiste, dit Baldwin, en « une réaction qui, d'une part, tend à se modeler sur l'impression excitante, et, d'autre part, tend à se perpétuer elle-même ». C'est là le fait de toute réaction élémentaire, qu'elle soit d'origine physiologique ou sensorielle ; la mise en jeu d'un arc nerveux tend à la répétition de l'acte provoqué. Et on est frappé de ce phénomène chez le jeune enfant qui reproduit volontiers l'acte neuf qu'il vient d'exécuter.

Baldwin trouve dans cette constatation l'expression de la loi d'habitude, qu'il définit « la tendance d'un organisme particulier à reproduire et à perpétuer plus ou moins activement un processus favorable à la vie ». Cette tendance aboutirait à l'automatisme pour chaque acte en particulier, si les sollicitations multiples ne finissaient par nécessiter l'adaptation de l'organisme, son accommodation, suivant le terme de Baldwin, et qui est le fondement de l'imitation consciente, origine de la volonté.

Cet aperçu de psychologie normale était nécessaire pour déterminer les conditions du développement de l'hystérie dans l'enfance. Et déjà on peut comprendre comment l'automatisme plus ou moins ébauché des premières années favorise le développement des phénomènes hystériques, et du même coup comment ces phénomènes comportent à la fois une moindre sévérité pronostique.

L'esprit de l'enfant peut être considéré comme formé de

centres multiples qui s'éloignent de l'automatisme pour tendre vers la volonté et de l'isolement pour tendre vers l'association et la synthèse. Le phénomène hystérique est l'expression de la tendance opposée.

Dans les différents modes d'origine psychique de la volonté, on pourra observer ce phénomène, et plus il persistera ou se reproduira tard dans cette évolution, plus la tare psychique courra le risque d'être grave et complexe.

Ainsi trouvera-t-on dans l'enfance à hérédité névropathique surtout des accidents viscéraux, spasmes divers, troubles gastriques, vomissements dont on a un exemple dans l'observation rapportée plus haut de Jeanne B..., où ils ont débuté à 7 ans. La plupart ont eu pour origine une cause physique qui a déterminé un centre d'automatisme latent mis en éveil à l'occasion d'une cause ultérieure de nature généralement émotive. C'est, à notre avis, une justification aussi rationnelle dans certains cas que l'est celle de Thiemich (1) pour d'autres cas analogues. Cet auteur considère en effet les manifestations hystériques précoces développées à la suite d'affections organiques, comme subordonnées à l'auto-imitation. Le fait nous paraît surtout exact pour les accidents produits dans un âge un peu avancé.

De ces accidents hystériques dont l'origine semble liée à une sorte de suggestion physiologique, mais qui méritent pourtant le nom d'hystériques, de par l'influence résolutive que la suggestion exerce sur eux, il nous faut rapprocher un certain nombre de syndromes simulant les maladies organiques. Ce sont des accidents hystériques qui ont encore à

(1) THIEMICH, Ueber Hysterie im Kindesalter, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1<sup>er</sup> décembre 1903.

leur origine, une tare physique, une infériorité viscérale non douteuse, d'origine héréditaire ou acquise.

M. Dupré, dès 1894, et récemment encore dans une communication faite avec J. Camus à la Société de Neurologie (2 juillet 1903), a insisté, à propos du méningisme, sur la valeur de ce syndrome « dénonçant une vulnérabilité particulière de l'écorce cérébrale et indiquant pour l'avenir la possibilité de méningites vraies, mortelles ».

Nous avons relevé même coïncidence dans l'observation suivante, où l'enfant atteinte de tuberculose de la hanche et d'hystérie, a présenté à l'âge de 5 ans, une attaque de méningisme, en même temps qu'un frère frappé de méningite tuberculeuse, qui l'emporta.

OBS. 17. — M... Georgette, âgée de 12 ans, entrée le 7 mars 1903.

A. H. — *Père* diabétique et non buveur. Maux de tête très intenses. Du côté du père, aucun antécédent névropathique. Plusieurs frères ou sœurs sont morts de méningite dans la 2<sup>e</sup> enfance.

*Mère* bien portante.

8 frères et sœurs. Parents bien portants.

Une sœur âgée de 42 ans. Convulsions dans l'enfance ; volontaire, dès l'âge de 7 ou 8 ans, il lui arrivait de passer des nuits dehors sans qu'on sache ce qu'elle faisait. Vers l'âge de 13 à 14 ans, fait un séjour à l'hospice pour menstruations. Vers l'âge de 14 à 16 ans, il lui arrivait de se lever, de préparer diverses choses et de se recoucher sans se souvenir de rien ; actuellement cauchemars professionnels, mais rien d'autre. Est obligée d'obéir à toutes ses impulsions, mais sa sœur ne peut nous donner de renseignements plus précis. Actuellement encore, a une très mauvaise conduite ; depuis l'âge de 15 à 16 ans, crises de nerfs sous l'influence de la moindre contrariété ; elle a parfois des

impulsions qui l'obligent à détruire tout ce qu'elle a autour d'elle.

Un frère a présenté fréquemment, dans sa première enfance du spasme laryngé avec phénomènes asphyxiques. Très colère, très emporté, surtout depuis l'âge de 15 à 16 ans où il a commencé à devenir absinthique.

La petite malade est la quatrième de 5 enfants.

Le premier, un garçon, atteint à la naissance de syphilis, traité et guéri, atteint à 3 ans d'angine diphtérique et mort au bout d'un mois avec des symptômes méningitiques.

La deuxième, une fille, ne présente pas de symptômes de syphilis en venant au monde. Rougeole, coqueluche, méningite, morte à 2 ans.

La troisième, une fille de 13 ans, née à terme, nourrie au biberon, peu de renseignements sur la première enfance ; rougeole, coqueluche, varicelle dans l'enfance, a fait un séjour de 18 mois à Saint-Trojan. Actuellement, assez bien portante, bien développée physiquement, réglée depuis 5 mois.

Assez impressionnable, pleure sans raison depuis l'âge de 10 ans, et surtout avant son départ pour Saint-Trojan. Il lui arrive de jeter des cris dans la nuit, elle est d'ailleurs très peureuse, craint l'obscurité. Il semble que son éloignement l'ait rendue moins nerveuse, mais elle reste encore assez peureuse. Entêtée et peu obéissante, menteuse ; depuis 4 à 5 mois vomit fréquemment presque tous les jours après le repas.

La cinquième née presque à terme, était morte à la naissance.

A. P. — Rougeole à 2 ans. Une attaque de méningite (maux de tête, cris violents, contractures) à 5 ans, au moment où son frère en était atteint. Vers l'âge de 8 ans, fit une chute dans l'escalier ; genou enflé ; entre dans un service de chirurgie — on lui mit un appareil plâtré pendant 2 mois 1/2 — fut envoyée à Forges, où elle courait très bien. Depuis ce temps-là, maux de tête quotidiens surtout le matin, ou le soir au retour des classes ; se réveille la nuit les mâchoires serrées, avec contracture gé-

nérale, jette des cris. Il lui arrive de se lever la nuit, d'aller prendre sa dentelle et de se recoucher (vers l'âge de 11 ans).

Caractère étrange, rires et pleurs sans raison, très caressante. Appétit très faible. Polydypsie. Vomissements si on veut la forcer à manger, depuis 1 mois 1/2. Constipation nécessitant l'emploi de laxatifs. Etouffements survenant sans raison, respirations surspireuses, figure congestionnée, étouffements durant toute la journée, et qui nécessitent son entrée à l'hôpital à cette date, le 11 mars 1901.

*Etat actuel à cette date.* — Quand on examine l'enfant, respirations longues, à mouvements rythmés, à peu près égaux, exagérés par la déglutition qui se fait sans érucation. Symptôme exagéré également par la pression des ovaires.

Sensibilité à la douleur diminuée.

Zone d'anesthésie aux membres inférieurs jusqu'à mi-cuisse.

Retard de la sensibilité.

Grosses amygdales rouges.

14 mars, analgésie au niveau de la jambe moins marquée au pied.

Sur la partie périphérique du membre supérieur, la piqûre détermine une éruption semblable à de l'urticaire.

Léger rétrécissement du champ visuel à droite.

Pas d'altération de reconnaissance des couleurs.

Réflexe pharyngien n'est pas absolument aboli.

Réflexes rotuliens normaux.

24. — Disparition de la respiration anormale, mais persistance des zones anesthésiques; on peut faire des piqûres profondes sans éveiller de douleur au niveau de la face externe des jambes, des cuisses, tandis que la piqûre est perçue faiblement au niveau du pied.

Analgésie totale des membres supérieurs disparaissant au niveau du moignon de l'épaule.

Les zones d'anesthésie ne cessent pas brusquement; il y a un territoire de transition où la sensibilité existe mais incomplète. Les sensations de froid et de chaud sont obtuses.

Revue en 1903 (février), elle est dans le service de M. Lanne-longue pour des douleurs survenant de temps à autre dans le genou autrefois malade, et notamment quand l'enfant est couché ; boiterie intermittente. C'est pour ces phénomènes que la fillette a été ramenée en chirurgie d'où elle nous est envoyée. On constate l'existence des mêmes stigmates qu'en 1901, mais plus intenses ; anesthésie des 4 membres disparaissant à la racine des membres. Tandis qu'aux pieds l'anesthésie persiste au niveau des orteils, aux mains, elle est remplacée au niveau des doigts par une sensibilité obtuse.

Le réflexe plantaire est aboli.

Le réflexe patellaire est manifestement exagéré des deux côtés.  
Pas de trépidation épileptoïde.

Pas de réflexe cornéen.

Pas de réflexe pharyngien.

Rétrécissement modéré du champ visuel à droite. Du même côté, la couleur rouge clair est mal distinguée (vue en marron).

Ne perçoit pas le goût du sel.

Les crises dyspnéiques ont totalement disparu ; cependant quand l'enfant est contrariée, elle a comme une ébauche de ses anciennes crises.

La petite malade est mise à la valériane et aux douches.

7 mars 1903. — La mère ramène son enfant, parce qu'elle se plaint du genou. Au premier abord la jambe gauche (alors que la malade se plaint du genou droit) semble être raccourcie de 2 ou 3 centimètres, mais la mensuration montre exactement la même longueur de la hanche au genou et du genou à la cheville que du côté opposé. Les mouvements du genou sont absolument libres ; on remarque au contraire une raideur très prononcée des adducteurs de la cuisse droite, et les mouvements de l'articulation de la hanche sont très limités (flexion et abduction). La cuisse entraîne dans ses mouvements un peu étendus le bassin tout entier. La mensuration de la grosseur des jambes et des cuisses

donne un amaigrissement de 1 centimètre à 1 cent. 1/2 pour la cuisse droite et 1/2 centimètre pour la jambe droite.

D'autre part on constate les signes suivants :

Hypoesthésie de la jambe gauche surtout.

Pas d'exagération des réflexes.

Pas d'anesthésie.

Pas de zone hystérogène.

Pas de troubles de la sensibilité à la température.

Pas de dyschromatopsie. Vision des couleurs normale.

Sensation de boule parfois.

Elle offre des signes nets de dégénérescence mentale :

Elle ne peut résister à certaines idées, coupe par exemple son tablier neuf, fait brûler du papier, sachant qu'elle fait mal, elle ne peut s'en empêcher.

Elle s'amuse à crier sans raison, à battre ses compagnes en pleine classe, on n'en obtient rien que par la douceur. On peut noter chez elle un défaut extrême d'attention et une mémoire faible, elle semble avoir quelque tendance vicieuse.

7 avril. — Sous l'influence de différentes suggestions, l'anesthésie a disparu, mais la douleur subsiste. En outre on est frappé de la localisation de la douleur au genou. Un nouvel examen de la coxalgie est pratiqué sous le chloroforme.

Attitude : Jambe droite légèrement écartée de la ligne médiane et pied droit dévié au dehors.

Allongement apparent de 2 centimètres dû à la descente de l'épine iliaque droite. Cuisse légèrement fléchie sur le bassin, contracture des adducteurs. Les mouvements de la jambe entraînent le bassin.

Ensellure lombaire très nette,

Pas de douleur à la pression ni par les mouvements provoqués.

Pas de ganglions.

Atrophie musculaire légèrement marquée.

Diminution de la cuisse de 2 centimètres à 14 centimètres au-dessus du sommet de la rotule, et persistance de la douleur au genou.

La malade est envoyée à Berck et le docteur Ménard, interrogé deux mois plus tard, confirme le diagnostic de coxalgie vraie.

Dans une observation du Dr Pillon, rapportée dans la thèse de Pochon, nous trouvons encore le même fait.

Le même processus, existence d'une cause provocatrice physique, mettant en jeu la suggestibilité, se rencontre dans ces pseudo-coxalgies, ces scoliozes hystériques qui tirent leur origine première de douleurs de croissance ou de traumatisme.

La permanence du symptôme, seule, est due à l'état psychique particulier permettant l'isolement de centres corticaux correspondants.

A côté de ces manifestations dont l'origine est physique, il faut envisager celles qui relèvent d'une cause morale, c'est-à-dire, l'émotion ou la suggestion directe.

Le rôle de l'émotion, si important dans la pathogénie des accidents hystériques de tout âge, mériterait d'être longuement envisagé chez les enfants.

A dire vrai, le sujet est très délicat, car les auteurs sont loin d'être d'accord sur la nature même de ce phénomène complexe qu'on qualifie du nom d'émotion et qui semble résider d'après les théories récentes aux limites de la physiologie et de la psychologie.

Mais sans entrer dans une discussion qui nous entraînerait hors des limites de ce travail, nous nous bornerons à enregistrer une proposition énoncée par Rageot dans un article récent (1). « Nous observons des signes d'émotions

(1) *Revue générale des Sciences* (15 sept. 1903). « L'état actuel des théories sur la nature des émotions. »

toutes les fois qu'un acte ou une série d'actes qui devraient, en réponse à une perception ou à une idée, s'accomplir avec précision, ne s'accomplissent pas de cette manière et sont suppléés par des mouvements plus faciles, empruntés à la vie organique ou à l'automatisme acquis. »

Il s'agit, en somme, d'une impression qui se traduit par un certain nombre de phénomènes somatiques, origine ou effet de l'émotion (1). Parmi ces phénomènes, les uns, communs, caractérisent l'expression émotionnelle dans ce qu'elle a de banal ; les autres, particuliers et individuels, sont propres à chacun.

L'hystérie peut se manifester dans ces deux modes expressifs (2). L'expression générale subordonnée à une excitabilité générale exagérée sera la crise convulsive ; une excitabilité partielle, en rapport avec une infériorité localisée par une tare organique héréditaire, par une affection acquise, pourra déterminer un spasme localisé, une contracture.

Mais le fait essentiel de l'émotion réside dans la rupture de l'équilibre mental. Par la sollicitation élective qu'elle produit dans une sphère quelconque, par le phénomène d'attention passive (3) qu'elle provoque, elle détermine une

(1) Suivant qu'on adopte la théorie périphérique ou centrale de l'émotion. — Cf. Rageot (*loc. cit.*) et les travaux de Lange, James, Sergi, Dumas sur le même sujet.

(2) L'hystérique est, en effet, non un émotif mais plutôt un par-émotif (Cf. BREUER et FREUD. Du mécanisme psychique des phénomènes hystériques, *Neurol. Centralbl.*, janvier 1903), autrement dit la réaction extérieure du trouble émotif est chez lui absente, incomplète ou excessive. On en pourrait dire autant de l'enfant.

(3) Par opposition avec l'attention active ou volontaire. L'attention active est la faculté de diminuer volontairement et transitoirement le champ de la conscience. Dans l'émotion chez l'individu normal, cette

dépendance relative de certains territoires cérébraux par où elle manifeste son excitation d'effet dynamogénique le plus souvent dans l'enfance.

Ainsi s'explique l'apparition si fréquente dans l'enfance des chorées, consécutives à une peur, des tics, des tremblements qui ne sont que l'expression émotionnelle « figée » selon l'heureuse expression de Janet.

Les enfants prédisposés ont une aptitude réactive plus grande ; d'autre part, la mise en jeu des centres isolés est plus aisée, à cause de la fraîcheur relative de leur coordination à cet âge.

La preuve de cette dernière proposition est démontrée par l'examen des cas d'hystérie : ce sont les acquisitions récentes de la conscience volontaire qui disparaissent bien plus fréquemment que les acquisitions anciennes.

Ainsi observe-t-on fréquemment les mouvements incoordonnés comme ceux de la chorée, tandis que les paralysies sont, dans l'enfance relativement rares. *C'est qu'en effet le mouvement est la première manifestation de l'activité, tandis que la coordination est subordonnée à une lente éducation.*

Cette remarque est encore confirmée par les faits si nombreux dans l'enfance d'astisie-abasie consécutive à un séjour au lit. Il s'agit là d'une sorte d'inertie psychique de l'enfant qui désapprend l'usage de la marche et de la station, conservant toutefois l'usage des mouvements au lit ; il subit ainsi comme une régression psychique et ressemble alors au nourrisson qui offre précisément ces caractères.

diminution passive peut être réparée volontairement. Cette aptitude disparaît dans l'hystérie, d'où permanence des accidents.

Les observations suivantes, entre autres manifestations hystériques nous en montrent deux exemples.

OBS. 18. — *Astasie-Abasie. — Tremblement hystérique.*  
Hélène R..., 12 ans.

A. H. — Côté paternel : rien à signaler.

Côté maternel : la grand-mère, 67 ans. Actuellement bien portante.

A eu avant la ménopause des crises de nerfs et des accès de somnambulisme. Il lui arrivait de sortir de son lit, d'aller jusque dans la rue, de revenir se coucher, sans en garder aucun souvenir au réveil.

Une tante, âgée de 48 ans, cuisinière.

A eu des crises de nerfs à plusieurs reprises, mais seulement vers l'âge de 28 ans, caractérisés seulement par angoisse, crises de larmes.

Réglée à 13 ans, encore réglée actuellement, très régulièrement. A deux enfants bien portants.

Rétrécissement du champ visuel, constipation.

Depuis longtemps, pollakiurie.

A. P. — L'enfant est née à terme ; accouchement normal.

Elevée au sein 3 mois, puis au biberon. Sevrée à 15 mois, première dent à 9 mois, marche à 13 mois.

Parole à 6 mois. Rougeole et coqueluche étant enfant. Jusqu'il y a 8 mois, sans être malade, elle n'était jamais bien portante.

*Il y a 8 mois, à la suite d'une bronchite*, 15 jours au lit, l'enfant ne pouvait plus marcher, subitement ; elle était prise de tremblements continuels surtout localisés à la main droite.

Entrée à l'hôpital, elle y fut soignée pour méningite cérébro-spinale à cause de vomissements accompagnés d'opisthotonos. On pratiqua une ponction lombaire et tous ces accidents disparurent. La malade fut dès lors considérée comme une hystérique et sortit guérie.

Nous avons pu obtenir de M. Variot, communication de son

observation, rédigée à cette époque par l'interne du service, notre ami Percheron.

Le début de l'affection remontait au 15 avril.

Fluxion de poitrine (pneum.-prob.), pas de délire, ni coma.

Elle se lève au bout de 12 jours, mais ne peut se tenir debout ; tous les jours, on la fait lever, mais elle ne peut marcher que soutenue.

Première communion, 18 mai. Elle est portée à l'église pour y participer.

Le tremblement commence vers le 20 mai, généralisé.

*Etat actuel, le 13 juin.* — Etendue sur son lit ; les bras fléchis et animés d'un tremblement continu à oscillations assez grandes ; les fléchisseurs sont contracturés et on éprouve une certaine difficulté à étendre les membres supérieurs.

Dans les mouvements, le tremblement s'exagère beaucoup et la malade éprouve de grandes difficultés à boire seule.

Les membres inférieurs sont allongés, raides et résistent lorsqu'on les fléchit. Lorsqu'on fait asseoir la malade, ses membres inférieurs se fléchissent un peu, et on éprouve certaine difficulté à les étendre.

De même, résistance dans les mouvements imprimés à la tête que la malade remue cependant bien volontairement.

Les mouvements des membres inférieurs sont lents. Si l'on fait lever la malade, elle ne peut marcher que soutenue. Elle se tient, le tronc raide, légèrement fléchi sur les cuisses, les membres inférieurs raides, obliques en haut et en arrière et la malade tomberait en arrière si elle n'était soutenue. Elle ne détache qu'avec peine ses pieds du sol, les repose lourdement et n'avance qu'à pas très petits et espacés.

Pas de troubles oculo-pupillaires.

Pouls normal régulier.

Raie méningitique peu marquée.

Sensibilité plutôt exagérée. Points douloureux à la simple pression au niveau des apophyses épineuses lombaires et 6 ou 7

premières dorsales ; de même au ventre, région ovarienne, sous sein droit.

Pas d'anesthésie pharyngée.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Réflexes rotuliens exagérés, pas de trépidations épileptiques.

Réflexe du gros orteil normal.

Céphalée presque continue.

Ponction lombaire. Liquide clair s'écoulant sous pression.

Pas d'éléments figurés.

14 juin. — Céphalée persiste.

Tremblement moins marqué. Contracture plus facile à vaincre. Léger clonus du pied gauche obtenu une fois. Les autres symptômes identiques. Ventre rétracté, raie vaso-motrice très marquée. Traitement : K Br., 2 grammes.

A la fin de l'examen un peu prolongé, se met à pleurer.

Dans la journée du 14, vomissements se renouvellent à chaque ingestion. Vomissements sans effort.

15. — Même état. Vomissements. Contracture en flexion des membres supérieurs a presque disparu.

Tremblement très léger. Mouvements plus aisés.

16. — Vomissements, plus de contracture ni tremblement. Céphalée. Ventre toujours en bateau.

Raie vaso-motrice très nette.

Aspect absorbé, grognon, se détourne du jour, semble ennuyée lorsqu'on l'interroge.

Pouls irrégulier.

K Br. et antipyrine, 2 grammes.

Ponction lombaire. Liquide clair sous pression, pas d'éléments figurés.

17. — Céphalée a disparu, les vomissements également.

Autres signes non modifiés.

Debout, la malade se tient plus droite, mais toujours tendance à tomber en arrière. Les quelques pas qu'elle fait lui donnent des vertiges et un peu de céphalée temporale et occipitale. Recommence à bien s'alimenter.

Au lit, mouvements aisés. Réflexes tendineux presque normaux. Constipation. Jusque-là une selle normale tous les jours. Ventre moins rétracté.

18. — Même état. Mouvements faciles dans le lit.

Mêmes symptômes dans station et marche.

Hyperesthésie moindre.

Pas de douleur à pression du ventre, des apophyses épineuses, à région sous-mammaire, douleur à région ovarienne.

Constipation persiste.

19. — Amélioration s'accroît, malade gaie, cause.

Instabilité moins accentuée.

Marche plus facilement sans être soutenue.

Pas de vertiges, ni céphalée pendant la marche.

Constipation persiste, 1 verre eau de sedlitz.

Pouls 72, toujours irrégulier.

20. — Amélioration s'accroît encore ; marche plus facile, instabilité moindre.

21. — Etat à peu près semblable, amélioration légère.

Descend seule du lit et marche en se tenant aux lits et aux murs.

22. — Fait quelques pas sans soutien.

Pas hésitants, jambes écartées, difficulté de détacher les pieds du sol, par crainte de perdre l'équilibre, pose lourdement le pied qu'elle porte en avant ; est obligée après chaque pas de faire 5 ou 6 petits pas rapides en arrière et de côté pour retrouver la stabilité. En marchant, buste raide, reins un peu cambrés.

23. — Mêmes caractères de la marche, équilibre obtenu plus facilement.

Dans l'après-midi, elle peut descendre au jardin en se tenant à la rampe de l'escalier.

24. — On constate de nouveaux progrès, légers, mais sensibles, démarche plus assurée, mais présentant toujours les mêmes caractères. Elle doit reprendre l'équilibre après chaque pas et titube alors souvent, faisant 1 ou 2 petits pas en arrière, puis 2 ou 3 pas en avant.

25. — Nouveaux progrès, même caractère de la marche, mais titubation plus rare, elle fait 5 ou 6 pas sans avoir besoin de tituber pour retrouver l'équilibre.

Elle est de plus en plus gaie, très bavarde même, riant à tout propos d'un rire sec, nerveux et débutant par un cri éclatant, faisant de grands mouvements de défense, si l'on fait devant elle un geste brusque.

26. — Démarche toujours raide, saccadée, lente, mais titubation rare, jambes toujours écartées pendant la marche.

27. — Mêmes caractères de la marche, légère amélioration.

28. — Mêmes caractères de la marche, quelques progrès, stabilité semble plus grande, surtout lorsqu'elle marche sans être observée et aussi lorsqu'on l'encourage, plus de titubation.

29. — Marche moins saccadée, buste moins raide, moins d'hésitation lorsqu'elle se retourne. Lorsqu'elle essaie de se tenir sur un seul pied, elle perd de suite l'équilibre.

30. — *Idem.*

1<sup>er</sup> juillet. — Progrès continuent plus rapides. Elle peut se tenir quelques secondes sur un pied sans vaciller.

2. — Elle n'écarte presque plus les pieds en marchant, elle se promène seule presque toute la journée, marchant d'ailleurs beaucoup mieux lorsqu'elle croit qu'on ne la surveille pas.

3. — Peut marcher en portant des objets assez lourds et peut aider au transport du linge, peut descendre l'escalier sans se tenir à la rampe.

4. — Même état, démarche toujours un peu saccadée, buste raide, jambes un peu écartées, se tient quelques secondes sur un pied sans vaciller.

5. — *Idem*, léger progrès.

6. — Toujours même caractère dans la marche, mais pas beaucoup plus rapide, assurance parfaite, buste toujours raide, jambes à peine écartées. Les jours suivants, l'amélioration continue et bientôt la malade peut sortir, la démarche est naturelle. Elle peut courir.

Elle quitte l'hôpital.

Au 15 décembre dernier, elle a eu des glandes au cou, puis des maux de tête répétés, mal dans le côté gauche, du tremblement surtout accusé dans la main droite et trouble de la marche.

Il y a 8 jours, elle a été prise de vomissements qui ne se sont pas répétés, elle est atteinte de constipation.

Depuis fin décembre, elle fut prise d'un besoin incessant de cracher.

En février, la mère remarque en outre des inspirations profondes et une sorte d'angoisse constante.

Hoquet fréquent après les repas, durant parfois une demi-heure.

La sensibilité est conservée également à droite et à gauche, peut-être un peu d'hypoesthésie droite.

Aucun autre stigmaté ; les réflexes sont normaux, plutôt exagérés. Impossibilité de toucher le pharynx, car l'enfant se débat.

Le tremblement a de petites oscillations rapides, semblable à celui du goitre exophtalmique ; existe surtout dans la main droite et se continue dans le bras.

Il existe aussi bien au repos que pendant les moments qui sont normaux.

Le tremblement s'étend très peu à la main gauche et nullement aux membres inférieurs.

Pas d'épilepsie spinale.

Elle marche sur les talons. L'attitude des membres est un peu spasmodique.

Elle avance avec un peu d'hésitation et en titubant légèrement.

Signe de Romberg peu accusé.

*Etat psychique.* — L'enfant s'exprime très bien et semble intelligente. Est la première de la classe, mais apprend avec peine, surtout si elle n'est pas seule, oublie vite. Attention peu soutenue, sauf s'il s'agit d'une lecture amusante et notamment de voyages, de naufrages. Elle peut alors s'y intéresser près de 2 heures, mais se fatigue cependant et souffre de la tête.

Caractère doux et caressant.

Rit volontiers, pleure facilement pour la moindre observation ou en voyant quelque autre pleurer.

Pas capricieuse, cède plutôt aux volontés de son frère d'un an plus jeune, pas jalouse de lui. Très obéissante, un peu entêtée ; ment rarement et jamais pour détourner une faute sur un autre.

Assez peureuse. Cette tendance à la peur remonte, au dire de l'enfant, à un incident datant de quelques années. Un soir, étant grimpée sur une hauteur, elle fut interpellée vivement par un homme saoul et fut prise de grande frayeur. Elle entra dans une maison, où on fut obligé de la ranimer un peu.

N'aime pas jouer avec des garçons et semble les craindre et redouter leur voisinage. Dort généralement bien, mais s'endort difficilement ; le moindre bruit, la moindre clarté l'agacent et la tiennent éveillée. Le souvenir de lectures la poursuit de même. Les rêves sont fréquents, concernant ce qu'elle a fait dans la journée, ce qu'elle a lu le soir. Il lui arrive de s'éveiller en pleurant et de se rendormir en poursuivant le même rêve. Parfois elle crie et, durant le sommeil, le souvenir de sa première frayeur passe encore dans ses rêves. N'est pas réglée ; à la salle Gillette, on a observé une menstruation légère, mais qui ne s'est pas reproduite.

Le *traitement* consiste en suggestion verbale simple et rééducation. En 3 jours, tremblements et douleurs ont disparu.

OBS. 19. — Blanche S..., 14 ans, cartonnrière.

Entrée le 2 mars. Salle Parrot.

A. H. — Mère bien portante, enfance très bonne, a eu vers l'âge de 30 ans une perte de connaissance à la suite d'une peur. Arrêt des règles. Une sœur morte vers l'âge de 20 mois de convulsions. Un oncle de la mère est aliéné et enfermé depuis l'âge de 40 ans environ.

Père, homme de peine, bronchitique, alcoolique, absinthique depuis son séjour en Algérie où il avait servi ;

4 enfants bien portants.

Une fille 18 ans, réglée à 15 ans 1/2.

Un garçon 17 ans.

La malade, une fille de 13 ans.

Aucun n'a présenté de convulsions dans l'enfance.

A. P. — Née à terme.

Nourrie au sein maternel.

Première dent à 7 mois.

A parlé à un an et marché à un an.

Varicelle à 6 ans. Pas de rougeole.

Il y a deux ans, l'enfant a eu une grande peur : montant l'escalier dans l'obscurité, un petit garçon lui pinça les jambes. Elle eut depuis lors des cauchemars la nuit ; elle se levait, et se promenait dans les chambres puis revenait se recoucher. Elle pousse aussi des cris très violents au point de réveiller les voisins ; le lendemain il ne lui reste aucun souvenir.

Ces cauchemars ont persisté depuis deux ans et s'accroissent à la moindre contrariété ; l'enfant a peur à tout instant et se met à pleurer.

Envoyée aux colonies de vacances, elle eut des accès de somnambulisme, se levant la nuit et s'enfermant dans un placard parce qu'elle avait peur.

Un autre jour, elle mit hors du lit un enfant et prit sa place. Il ne lui en reste aucun souvenir au réveil.

Il y a quelques jours, elle a vu battre une de ses amies et, craignant pour elle-même, en a ressenti une vive émotion : elle avait peur d'être battue et est restée 15 jours malade, ne voulant ni boire, ni manger. Vers le 15<sup>e</sup> jour, à l'atelier, elle s'est trouvée mal et s'est affaissée subitement (perte de connaissance, mais pas de crise convulsive). Elle ne put se relever ; on la porta pour descendre l'escalier et on la ramena chez elle en voiture.

On la coucha et elle resta au lit 8 jours, dans l'impossibilité presque absolue de remuer les jambes ; il y avait de l'hyperesthésie très notable et la malade se plaignait de douleurs diffuses, les jambes et les pieds étaient généralement froids. Peu à peu

l'enfant a recommencé à marcher et actuellement elle se plaint encore de douleurs dans les jambes et avance à petits pas.

La malade a un caractère morose, pleure tout le temps, se plaint de maux d'estomac.

Vers l'âge de 5 ans, est allée à l'école ; elle avait peu d'aptitude pour le travail intellectuel, mais témoignait beaucoup de bonne volonté.

Actuellement, elle aime à aller à l'atelier où elle travaille très consciencieusement.

*Etat actuel.* — L'enfant donne déjà l'impression d'une jeune fille ; la poitrine est formée, mais le pubis est encore presque glabre.

Non menstruée.

Dès le début de l'examen, on constate qu'elle est très impressionnable ; le nez pâlit, les joues se colorent.

Au lit les mouvements s'exécutent tous bien.

Debout, on constate les troubles suivants :

La malade s'avance lentement sans boiter, comme si elle avait peur ; elle se retient et n'ose mettre un pied devant l'autre, de crainte de tomber.

Elle se plaint de douleurs dans la cuisse, mais il est difficile d'en faire préciser le siège ; elle dit souffrir dans les jambes, les mains, etc. Il n'y a pas de trouble de sensibilité au contact. La piqure est sentie vivement aux membres inférieurs, un peu moins aux membres supérieurs. Anesthésie pharyngée. Pas de rétrécissement notable du champ visuel. Réflexes tendineux normaux.

On prescrit des douches et on donne à l'enfant l'assurance que la marche va revenir, rapidement, très aisée.

En fait, au bout de 3 ou 4 jours, elle a une démarche tout à fait normale. Elle sort bientôt de l'hôpital.

Revue trois semaines plus tard.

Elle présente toujours les phénomènes vaso-moteurs signalés plus haut.

Pas d'anesthésie au toucher.

Hypoesthésie à la piqûre à la face antéro-externe du bras et sur le membre inférieur (face antérieure).

Sur le membre inférieur gauche, la piqûre est mieux sentie qu'à droite et mieux à la face postérieure qu'à la face antérieure.

Pas d'autres symptômes.

Nous arrivons à l'hystérie provoquée par la suggestion et les manifestations en sont très diverses. On y peut observer, en effet, toutes les variétés précédentes et quelques autres. Ainsi, les manifestations d'origine traumatique ou physique, d'origine émotive, pourront revivre à titre de souvenir et reparaitre sous l'influence d'une auto-suggestion.

On trouvera un exemple de ce fait dans l'observation citée plus haut (1), de Edouard M... (contracture d'origine traumatique récidivante), dans les observations suivantes de chorée de pseudo-croup et de contracture.

OBS. 20. — Georges T...

Côté maternel :

*Grands-parents* bien portants, pas de nervosisme, pas d'alcoolisme.

*Mère* a eu un frère mort d'accident, une sœur morte de la poitrine, et une autre sœur morte en bas âge de convulsions.

Parmi les trois frères vivants, le cadet est très vif et emporté.

Elle-même a eu des convulsions dans l'enfance.

Pas de troubles nerveux dans l'adolescence.

Pendant les grossesses (10, dont 8 fausses couches à 3 mois 1/2), particulièrement irritable. Vomissements pendant toute la grossesse, notamment pendant la dernière, ne pouvant voir personne, pas même ses enfants.

Deux enfants sont morts, l'un à 18 mois, la dernière à 9 mois.

(1) P. 62.

La première, morte après une variole et avec des phénomènes convulsifs et méningitiques. La deuxième a succombé au cours d'une bronchite et avec des phénomènes convulsifs (raideur de la nuque).

Une des sœurs a perdu 3 enfants, l'une de méningite tuberculeuse à 7 ans, l'autre de même à 2 ans 1/2, une de péritonite tuberculeuse à 6 ans 1/2.

*Père.* — 42 ans, maréchal, bien portant.

Tous les enfants ont eu des convulsions dans la première année, notamment l'avant-dernier actuellement âgé de 6 ans. Seul le malade actuel n'a jamais eu de convulsions.

A l'âge de 2 ans, bronchite, plus tard rougeole et coqueluche. A l'âge de 7 ans, accident, écrasement de la jambe, 6 semaines en chirurgie.

A 8 ans, opéré pour ostéite tibiale de la même jambe. A fait un séjour de 3 semaines en mars 1900 et un second séjour en octobre novembre pour chorée, à la salle Bouchut. La première atteinte siégeait au bras droit, la deuxième au bras gauche. Il y aurait eu de la température. Traité par la liqueur de Boudin.

La chorée avait eu pour origine une peur. Ayant fourragé un trou de guêpes, il avait été envahi par une foule de guêpes pénétrant son pantalon. Avait gardé, dit la mère, à la suite de cet effroi, un tic du bras éloignant les animaux. Jusqu'il y a deux mois, avait conservé des mouvements irréguliers des bras. Depuis ce moment les mouvements incoordonnés ont disparu, remplacés par une petite secousse de toux presque incessante.

*Etat actuel.* — Instabilité très marquée pendant l'examen. Mobilité de la commissure droite qui est constamment agitée. Cette mobilité peut disparaître sous l'influence de la volonté. Aucun stigmate hystérique.

*Etat physique.* — Un peu arriéré. Ne sait pas lire ni écrire. A été d'ailleurs peu à l'école en raison de ses diverses maladies. Pleure chez lui à chaque instant pour la moindre observation. Sommeil calme.

N'a pas été revu.

Et, d'ailleurs, nombre de chorées qui ont pu avoir même au début une origine rhumatismale, se reproduisent ultérieurement sous forme de chorée hystérique et cette conception permet de concilier dans certaines observations les deux théories étiologiques.

L'évolution des phénomènes est la suivante : souvenir conscient ou subconscient de l'état antérieur, émotion ultérieure déterminant une réaction par les voies les plus faciles, d'où réapparition d'un état antérieur où l'automatisme avait d'emblée ou secondairement joué un rôle.

C'est encore un trouble somatique passager que met souvent à profit la suggestion pour réaliser certains types morbides, comme il est arrivé dans les observations suivantes où se manifeste le rôle néfaste de la famille et de l'entourage habituel sur le jeune enfant si aisément influençable.

OBS. 21 (Communiquée par notre collègue HÉBERT).

Le 31 mai, vers 10 heures du soir, le dernier jour de mon monitorat, on vient me chercher pour une fillette de dix ans qui tirait d'une façon telle que le gargon de service l'avait conduit directement à la diphtérie. Je me trouve en présence d'une enfant normalement développée, sans angine, sans ganglions, mais cyanosée à tirage intercostal sus et sous-sternal peu bruyant. Les accidents avaient débuté soudainement deux heures auparavant, sans cause appréciable.

La petite malade avait dîné normalement.

Le tirage et le degré d'asphyxie étaient tels qu'une intervention s'imposait.

Cependant le cas me semblait anormal et j'éprouvais peu d'enthousiasme pour trachéotomiser cette enfant.

J'interroge rapidement la mère. Aucun antécédent morbide de son côté.

Du côté du père, hystéro-traumatisme remontant à quelques années à la suite d'un accident de chemin de fer.

Le frère de la malade avait eu le croup deux mois auparavant

et avait été tubé à Trousseau. A propos de ce fait, la mère me dit cette phrase qui fixe immédiatement mon diagnostic :

« O je sais bien que c'est le croup qu'a ma fille. Elle respire tout à fait comme le faisait son frère. » J'apprends en outre que le petit garçon avait eu des accès de suffocation devant sa sœur.

Je rentre dans la salle de trachéotomie où la surveillante avait tout préparé.

Je fais tenir fermés, par mon collègue Mougeot qui était de garde, les yeux de l'enfant pendant que j'explore très rapidement sa sensibilité.

Anesthésie et analgésie totales. Cet examen n'a pas duré deux minutes et l'enfant respire un peu plus librement et semble dormir.

Je fais alors systématiquement la pression des globes oculaires et l'enfant s'endort presque aussitôt. Je lui suggère fortement d'avoir à bien respirer largement, qu'elle n'est plus malade, mais complètement guérie. Avec la plus grande docilité la fillette cesse de tirer et repose de la façon la plus calme. Les accidents ne se sont pas reproduits. Le lendemain on ne trouvait plus aucun stigmaté.

OBS. 22. — *Méningisme au cours d'une chorée de Sydenham.*  
— D<sup>r</sup> APERT, *Soc. de Péd.*, 1901.

Garçon, 7 ans, antérieurement bien portant, était devenu depuis 15 jours triste, abattu, nonchalant.

Bien classé jusque là ; depuis lors, mauvaises notes.

La maîtresse d'école dit un jour à la mère : « Défiez-vous, c'est ainsi que commencent les méningites. » La mère, affolée, vient consulter. Aucun signe de méningite, mais quelques mouvements des membres supérieurs qui font penser à la chorée.

La mère ne se laisse point rassurer et prétend qu'on veut la tromper. Devant l'enfant, elle manifeste les plus vives inquiétudes et donne les marques d'une douleur profonde. Quelques jours après, le D<sup>r</sup> Apert, appelé de nouveau, trouve l'enfant très abattu, semi-comateux, pouvant à peine parler pour se plaindre de maux

de tête. Il est amaigri, les yeux sont cernés, les lèvres sèches. Aspect d'enfant atteint de méningite, mais pouls régulier, pupilles égales, mouvements choréiques tout à fait caractéristiques.

« Si votre enfant avait une méningite, dit à la mère le Dr Apert, il vomirait, serait constipé. » Mais elle ne veut rien entendre et continue à se lamenter devant l'enfant. Le lendemain, l'enfant est très abattu ; plusieurs vomissements ont eu lieu dans la nuit ; pas de selles depuis 36 heures ; le père raconte que la mère a passé la nuit près de l'enfant à l'embrasser en sanglottant ; elle renouvelle sur son front les compresses froides pour calmer le mal de tête « qu'il doit avoir » ; elle a préparé une cuvette pour les vomissements qu'il doit avoir.

A ce moment, le Dr Apert dit à l'enfant que la maladie va prendre fin, qu'une potion donnée ne sera pas vomie et déterminera de nombreuses selles définitivement curatives. Il prescrit 30 grammes de citrate de magnésie qui amènent, en effet, la guérison de cette pseudo-méningite.

OBS. 22. — *Contracture fonctionnelle ayant simulé une contracture d'origine pottique existant depuis 5 mois chez une fillette de 14 ans, guérie en 48 heures par l'isolement.* — ARMAND DELILLE et J. CAMUS, *Soc. de Péd.*, janvier 1903.

Georgette R..., 14 ans, entre le 3 décembre 1902 dans le service du Dr Dejerine, à la Salpêtrière.

Parents bien portants.

Une sœur aînée, 17 ans, bien portante.

A. P. — Née à terme, nourrie au sein, première dent à 9 mois, a marché à 12 mois, parlé à 18 mois.

Rien à noter dans les premières années.

Il y a 4 ans, et pendant 8 mois, anorexie mentale absolue, suite d'indigestion.

En mars dernier, perd l'appétit et accuse de vives douleurs dans le dos.

Un médecin diagnostique le mal de Pott, et on fait mettre à l'enfant un corset plâtré. La veille de l'application, et à plusieurs

reprises, l'enfant accuse des fourmillements très douloureux dans les membres, se débat, montre de l'anxiété et pousse des cris intenses.

A la suite de ces crises, apparut la contracture des deux membres inférieurs et de la main droite (expliquée alors par compression brusque de la moelle).

Après application du corset, la contracture du membre inférieur gauche disparut.

Le mois suivant, envoi de l'enfant à Berck, où M. Ménard constate l'absence de lésions vertébrales et garde l'enfant 3 mois en observation. La contraction persiste toujours.

Amenée en novembre à la Salpêtrière, à l'entrée, on constate :

Une contracture très intéressante de la main droite (doigts et mains). Impossible de faire étirer les doigts.

En outre, contracture au membre inférieur droit et légère à gauche, donnant à la démarche un aspect un peu spasmodique.

Pas d'exagération des réflexes, pas de signe de Babinsky, sensibilité cutanée normale.

Isolement dans le lit, les rideaux fermés.

Avec un peu de persuasion, le soir on arrive à vaincre la contraction des doigts et on les ouvre le lendemain ; toute contraction de la main a disparu.

La contraction des membres inférieurs existe encore, quand M. Dejerine dit à l'enfant qu'il faut que la jambe soit guérie le lendemain.

Dès le soir, la claudication diminue et le lendemain a tout à fait disparu.

A aucun moment, on n'a trouvé de stigmate hystérique.

La répétition des sollicitations d'ordre purement psychique détermine ici encore un isolement des centres corticaux correspondants qui produit à la fois l'exagération puis la permanence du symptôme.

Nous avons réservé l'hystérie d'origine imitative, qui comporte, ainsi que nous l'avons indiqué, deux groupes, l'un où l'imitation agit sur un terrain prédisposé héréditairement, l'autre où elle met en action seulement la suggestibilité normale de l'enfant exaltée passagèrement par un trouble physiologique (puberté, croissance) ou morbide (surmenage, maladies) et fortement provoquée par l'intensité du stimulus (multitude des cas dans les épidémies).

Nous donnerons ici un exemple de chacun de ces cas.

OBS. 23. — *Une épidémie de chorée hystérique.* — Stoos. *Be-richt des Jennerschen Kinderopitals in Bern.*, années 1891-94, p. 34. †

Dans une maison de correction pour jeunes filles des environs de Berne, le premier cas s'est déclaré le 24 novembre chez une fillette de 13 ans qui, après avoir éprouvé quelques vertiges et un sentiment de fatigue, fut prise de contractions brusques dans tout le corps, mais particulièrement manifestes au membre supérieur.

Le 30 novembre, mêmes contractions chez deux autres pensionnaires qui avaient vu la première au lit. Deux autres sont prises le 4 et le 5 décembre. Le 6 décembre, pendant une sortie, 6 nouvelles sont prises, le lendemain d'autres sont atteintes. Au 9 décembre, la maison évacuée, il y avait 33 malades, dont 4 furent dirigées sur l'hôpital de Berne. Chez toutes, il y avait eu une période prodromique, soit vomissements et frissons, soit nausées et vertiges, soit enfin douleurs dans les bras.

Les accès observés à l'hôpital étaient des mouvements rythmiques, involontaires, rapides, mais parfaitement coordonnés, analogues à des convulsions choréiques survenant spécialement dans les muscles du cou, des bras, du tronc. Chez deux, les mouvements se manifestent également dans les membres inférieurs. Les aspersions froides, les excitations périphériques exagèrent ou provoquent les mouvements.

Il y avait chez l'une d'elles une hémianesthésie. A gauche, chez une autre, une héli-hyperesthésie droite. Sous l'influence de l'isolement, du lit, de suggestion, les mouvements choréiformes disparaissent en quelques jours et les malades furent rapidement réintégrées dans l'établissement. Il en fut de même d'autres malades soignées à l'hôpital cantonal. Aucun cas ne se reproduisit après la rentrée.

OBS. 24 (résumée). — L'épidémie de hoquet hystérique décrite par Steinhaus (1), à laquelle nous avons emprunté plus haut tout le passage concernant les causes prédisposantes est à cet égard du plus haut intérêt.

Elle montre les symptômes se manifestant d'abord chez trois enfants prédisposés héréditairement, âgées de 13, 14 et 15 ans et atteignant ensuite, par la force de l'exemple, toutes leurs compagnes.

En résumé, l'hystérie des enfants, *dans le cas d'hérédité*, nous apparaît comme constituée de deux éléments :

1<sup>o</sup> Élément somatique, correspondant à un nervosisme indéterminé et manifesté par une excitabilité générale ou localisée.

2<sup>o</sup> Élément psychique où se caractérise l'hystérie proprement dite.

Le moment où le second élément associé au premier vient déterminer sa nature est parfois difficile à établir. Les mêmes manifestations provoquées souvent au début par des causes physiques, peuvent être rappelées ou prolongées par une cause psychique.

Le seul caractère distinctif, c'est que la cause psychique seule peut être levée par l'influence de la suggestion.

(1) Communication à la Soc. des méd. d'Odessa, 25 novembre 1900. Rapport *in extenso* dans le journal de S. S. Korsakoff, 1901.

*Dans les cas plus rares où l'hérédité n'est pas en cause, l'hystérie peut apparaître soit sous forme d'accident isolé, fréquemment d'origine épidémique et favorisé par un état physiologique et de moindre résistance (puberté, surmenage), soit à la faveur de troubles pathologiques (intoxications, infections), qui constituent là un équivalent de l'hérédité. Enfin, comme chez l'adulte et dans des cas très rares, une émotion intense peut, à elle seule, provoquer un trouble suffisant de la synthèse mentale pour constituer l'hystérie de toutes pièces.*

Si l'on envisageait dans une conception d'ensemble l'évolution possible et schématique de l'hystérie, suivant les différents âges de l'enfance, on pourrait théoriquement en proposer la classification suivante :

1<sup>o</sup> Premières années. Nervosisme indéterminé sur lequel Comby et son élève Escorne ont très justement attiré l'attention (1). Etat préhystérique, sans caractères spécifiques. L'excitabilité particulière du système nerveux se traduit, sous l'influence des provocations exogènes ou endogènes, par des réactions anormales : convulsions, spasmes d'ordre habituellement dynamogénique.

2<sup>o</sup> A partir de 5 à 6 ans. Les manifestations qui affectent encore principalement le domaine de la vie végétative diffèrent des précédentes parce que leur mécanisme devient maintenant psychique (souvenir ou suggestion), et s'en

(1) Cf. COMBY, Les signes prémonitoires de l'hystérie dans l'enfance, *Soc. méd. des hôp.*, novembre 1896 ; L'excitation chez les enfants, *Méd. mod.*, 1898 ; et ESCORNE, *Irritation cérébrale chez l'enfant*, thèse Paris, 1899.

rapprochent par la nature fréquemment organique de la cause provocatrice : c'est la période des troubles spasmodiques (spasmes glottiques, troubles respiratoires, vomissements et gastralgie, constipation, incontinence d'urine), des contractures (contractures traumatiques, pseudo-coxalgies, pseudo-méningites, etc.), des tremblements et des chorées.

3° Enfin, aux approches de la puberté, les organes de la vie de relation se développant au préjudice de la vie végétative, les phénomènes hystériques témoignent d'un trouble d'ordre plus élevé ; en outre, aux manifestations dynamogéniques viennent s'ajouter des phénomènes d'inhibition, c'est la période où l'on commence à observer les paralysies et anesthésies, et où peuvent se caractériser déjà des stigmates intellectuels, témoins d'un trouble plus profond du fonctionnement cérébral.

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Cette étude des conditions étiologiques de l'hystérie des enfants nous paraît devoir entraîner quelques conclusions de thérapeutique pratique.

La notion des tares organiques qui préparent le terrain névropathique doit nous faire chercher les moyens propres à neutraliser dès le principe l'action des transmissions héréditaires, à supprimer les causes occasionnelles qui mettront à profit cette prédisposition.

C'est l'hygiène physique qui doit jouer ce rôle dès la première enfance. Il faudra chez les enfants issus de souche nerveuse et arthritique surveiller de près l'alimentation, recommander l'exercice physique et la vie au grand air, l'hydrothérapie sous certaines réserves, accorder enfin à l'éducation entière une sollicitude toute spéciale.

L'alimentation offre suivant les âges des indications diverses : dans la première enfance, la supériorité de l'allaitement et de l'allaitement maternel est incontestable. On pourrait discuter sans doute sur l'intérêt qu'il pourrait y avoir à faire sucer à un nourrisson un autre lait que celui de sa mère névropathe très caractérisée. Et, de fait, il y aura lieu, dans de très rares circonstances, de suspendre dans l'intérêt de la mère et dans celui de l'enfant l'allaitement maternel ; c'est quand il s'agira précisément d'une femme soumise pendant son allaitement à des émotions violentes et qui y réagira par des accidents nerveux fré-

quents ou prolongés. Mais l'allaitement est pour la mère, plus souvent qu'on ne pourrait le croire, l'origine d'une période de calme relatif, de sédation qui autorise pleinement la nourriture de l'enfant, si justifiée à tous autres égards.

A défaut d'une nourrice, c'est l'allaitement artificiel, bien réglé et longtemps prolongé, qui aura la priorité. Du 8<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> mois, on y pourra joindre des bouillies de farine. Mais l'on remettra à une période relativement éloignée une alimentation riche en matières albuminoïdes, plus fermentescible.

Les œufs ne figureront dans les repas qu'après le 15<sup>e</sup> mois environ ; quant aux poissons, aux viandes, sous quelque forme que ce soit, elles ne seront données que le plus tard possible, voire pas avant 3 ans. Jusque-là on pourra associer aux soupes, aux bouillies, aux pâtes, des purées de féculents, des œufs en petite quantité, des compotes de fruits. On aura pour but de choisir une alimentation saine, peu fermentescible, et de lutter en même temps contre la constipation si fréquente chez ces enfants, par le régime, ou par des laxatifs anodins.

Les accidents nerveux, même les plus légers, tels que l'insomnie, seront combattus par la balnéation chaude. Si l'excitation augmente, si des accidents spasmodiques ou convulsifs sont à craindre, il faudra recourir, sans trop d'appréhension, au bromure de potassium à petites doses.

Dans les années plus avancées l'alimentation devra encore s'inspirer des mêmes principes. On donnera peu de place aux aliments carnés ; les mets ne seront pas trop épicés, et on insistera sur l'alimentation végétarienne (féculents et légumes verts, fruits cuits et crus). Les troubles

gastro-intestinaux seront combattus énergiquement et feront instituer un régime sévère.

Mais, en outre, il faut se préoccuper de l'hygiène externe. Ce sera d'abord la vie au grand air, dans la mesure possible. Lorsqu'on a à soigner ces enfants, souvent un peu débiles, irritables, excités et souvent vite déprimés, il faut imposer aux parents l'obligation de ne point les cloîtrer. Le régime de l'internat, ou même la présence trop prolongée à l'école, mauvais pour tous les enfants, sont particulièrement néfastes ici.

Un travail court, coupé de récréations fréquentes, des promenades quotidiennes pas fatigantes, au grand air, tel est le meilleur adjuvant de la digestion prompte, le meilleur calmant de l'irritabilité nerveuse.

Il faut y joindre un sommeil long, coucher l'enfant tôt, lui interdire toute veillée, toute lecture attachante précédant le repos et qui pourrait rendre le sommeil agité. L'aération de la chambre, pendant la nuit, combattrait souvent heureusement le mal de tête si banal dans la période de croissance.

Mais il est une époque où le surmenage scolaire doit être particulièrement évité, où toute cette hygiène générale doit être mieux observée encore, c'est notamment chez la fillette, à l'approche de la puberté, c'est encore à chaque époque menstruelle, dans cette période de transition où la jeune fille commence et active son développement. Nous ne reviendrons pas ici sur les motifs qui fortifient ces prescriptions.

L'hydrothérapie sous forme de douches tièdes, d'enveloppements humides suivis de friction constitue un excellent moyen de calmer l'irritabilité nerveuse. La pratique

quotidienne de l'affusion d'eau un peu tiède, pour éviter les réactions trop vives, est très salulaire. On y joindra avec avantage des ablutions locales froides sur les organes génitaux, très utiles d'après Marro, pendant toute la période pubérale pour obtenir une certaine obtusion de la sensibilité spéciale de ces régions et modérer les excitations dont elles peuvent être l'origine.

L'éducation intellectuelle doit être également soumise à des règles très précises. Chez le jeune enfant, on évitera de solliciter, d'une manière trop continue, les efforts cérébraux. On s'abstiendra, comme nous l'avons dit plus haut, de tous ces contes mystérieux, de toutes ces menaces impersonnelles, qui provoquent un travail trop intensif de l'imagination naissante. L'éducateur ou le pédagogue doivent s'attacher à faire progresser l'esprit de l'enfant par une culture méthodique constante et modérée, à fixer son attention par des formules concrètes. La nécessité d'une direction à la fois douce et ferme devra faire réserver ce rôle dans les cas particulièrement difficiles, à une personne étrangère à la famille. Dans un dernier terme, l'isolement de l'enfant par rapport à son milieu originel fournira souvent les meilleurs résultats, et la vie prolongée à la campagne du petit citadin est souvent le meilleur tempérament de la constitution névropathique héréditaire.

Telles sont les principales indications du traitement préventif; elles conservent leur valeur même après l'apparition de phénomènes déjà nettement hystériques. Mais il faut en outre, dès le premier accident de ce genre, instituer d'emblée un traitement curatif précoce et énergique. Ainsi seulement on abrégera l'automatisme qui préside à la consti-

tution du phénomène hystérique ; on diminuera d'autant les risques de récidence, comme aussi la profondeur de l'atteinte qui en résulte pour le fonctionnement ultérieur du cerveau psychique.

Pour faire disparaître le phénomène hystérique, tout moyen est bon dans l'enfance.

L'isolement, qui soustrait l'enfant aux influences suggestives de son entourage est la méthode de choix. Ne voit-on pas bien souvent le seul séjour à l'hôpital suspendre chez un enfant la série de crises convulsives, l'incontinence d'urine, les troubles respiratoires, les vomissements ou telle autre manifestation spasmodique de la névrose.

La méthode de surprise (Ueberrumpelungs, méthode de Bruns) qui s'exerce par suggestion directe, verbale, ou par suggestion indirecte (électrisation, injection de bleu de méthylène, jet d'eau froide, etc.) met à profit une impression émotive qui secoue en quelque sorte la torpeur cérébrale et provoque la reprise de possession du centre oublié : elle est applicable surtout aux accidents d'ordre paralytique.

Quant à l'hypnotisme utilisé dans un but thérapeutique, nous pensons que chez l'enfant plus encore que chez l'adulte, c'est la méthode d'exception, celle qu'il ne faut point employer, car elle est aussi dangereuse qu'inutile. L'accident hystérique est trop mobile pour nécessiter une pareille influence et l'hypnotisme a certainement un effet nocif, une action dépressive sur le développement de l'activité personnelle.

## CONCLUSIONS

---

L'hystérie de l'enfance, exceptionnelle dans les premières années n'est pas rare au delà de six ans : ses manifestations sont généralement fugaces.

L'hérédité, et notamment l'hérédité similaire, possède une influence capitale parmi les conditions prédisposantes de l'hystérie infantile. Le surmenage, les maladies infectieuses, les intoxications peuvent, seuls ou associés aux tares héréditaires, jouer le rôle de causes prédisposantes.

L'hystérie augmente de fréquence dans les années qui se rapprochent de la puberté. Le début de la menstruation habituellement retardée coïncide assez souvent chez la jeune fille avec les premiers accidents.

Les phénomènes hystériques reconnaissent généralement une origine psychique, de nature émotive. Leur localisation est déterminée par un traumatisme récent ou ancien, une faiblesse organique héréditaire ou acquise, un trouble physiologique et transitoire (travail de croissance) ou enfin par l'imitation ou la suggestion proprement dite.

L'étude de l'urologie normale des enfants hystériques permet de constater dans la plupart des cas un ensemble d'altérations qui caractérisent le ralentissement de la nutrition (diminution des éléments fixes, de l'acide phosphorique, de l'urée, augmentation de l'acide urique, des composés xanthiques, de l'urobiline).

Ces troubles de nutrition, qui constituent ici comme la base organique du tempérament névropathique et justifient, au point de vue urologique, l'expression clinique de neuro-arthritisme, ne sont d'ailleurs pas propres à l'hystérie seule et s'observent aussi bien à l'origine d'autres névroses.

Les accidents soit-disant hystériques de la première enfance, convulsions externes ou internes, terreurs nocturnes, etc., ne justifient presque jamais pareil diagnostic et correspondent le plus souvent à des phénomènes d'auto-intoxication passagère ou diathésique (troubles gastro-intestinaux, intoxication par l'acide urique ou les autres produits de dédoublement des nucléines). L'hystérie de l'enfance dans le cas d'hérédité comporte elle-même deux éléments :

Un élément, non spécifique, somatique, correspondant au nervosisme indéterminé et traduit par une excitabilité générale ou localisée ;

Un élément psychique où se caractérise l'hystérie proprement dite.

Les mêmes manifestations provoquées d'abord par des causes purement somatiques, peuvent être ultérieurement prolongées ou rappelées par une cause psychique. L'influence de la suggestion permet seule le départ.

En l'absence de tare héréditaire, l'hystérie peut apparaître sous forme d'accident isolé, généralement d'origine épidémique et à la faveur d'un état de moindre résistance (puberté, surmenage). Dans des cas très rares, une émotion intense peut provoquer à elle seule un trouble suffisant de la synthèse mentale pour constituer l'accident hystérique.

L'étude du développement mental de l'enfant permet de comprendre la fréquence et la bénignité habituelle des phénomènes hystériques à cet âge.

L'indépendance originelle, relative, des centres corticaux de l'enfant, explique l'isolement facile de certains territoires psychiques, la mise en jeu d'automatismes partiels.

Parallèlement, la constitution tardive et progressive de la synthèse mentale et de la volonté justifie durant l'enfance, le faible retentissement des accidents hystériques sur les diverses facultés.

Ainsi s'expliquent l'aspect monosymptomatique de l'hystérie infantile, l'absence presque constante des stigmates. Seules la fréquence des sollicitations, la répétition des accidents entraîneront des tares prolongées ou permanentes dans les facultés de l'esprit. Ces tares seront d'autant plus manifestes et importantes que l'âge, plus avancé, comportera un état mental plus complexe et plus coordonné.

Cette conception entraîne des déductions thérapeutiques précises :

1° Nécessité d'un traitement symptomatique précoce, facile d'ailleurs à mettre en action et empêchant la prolongation du trouble mental ;

2° Nécessité d'un traitement prophylactique et curatif,

s'adressant à la fois aux conditions physiques de terrain (hygiène externe et alimentaire), et aux conditions psychiques (éducation et milieu social).

---

Vu :

Le Président de la thèse,  
E. GAUCHER.

Vu :

Le Doyen,  
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

*Le vice-recteur de l'Académie de Paris,*  
L. LIARD.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Agostini.** — Sul chimismo gastrico e sul ricambio materiale degli epilettici. *Riv. sperim. di fren. e di med. leg.*, 1896.
- Andral et Gavarret.** — Recherches sur la quantité de CO<sup>2</sup> exhalé par le poulmon dans l'espèce humaine. *Ann. de chim. et phys.*, 1843.
- Ausset.** — Astasie-abasie paralytique chez l'enfant. *Soc. de méd. du Nord*, juin 1902.
- Babinski.** — Définition de l'hystérie. *Revue neurol.*, 1901.
- Baldwin (J.-H.)**. — *Le développement mental chez l'enfant et dans la race*, Trad. Nourry, Paris, 1897.
- Bardol.** — *De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants*, Th. Paris, 1893.
- Batault.** — *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*, Th. Genève, 1885.
- Beau.** — Rech. statist. pour servir à l'hist. de l'hystérie et de l'épilepsie. *Arch. gén. de méd.*, 2<sup>e</sup> éd., t. II, 1836.
- Bernheim.** — Trois cas d'hystérie infantile. *Rev. méd. de l'Est*, t. XXVI, Nancy, 1894.
- Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie. *Bull. méd.*, 8 nov. 1902.
- Bézy.** — L'hystérie infantile et juvénile. *Congrès de Toulouse*, 1897 et (avec BIBENT), Paris, 1900.
- Bibent.** — *L'hystérie simulant les affections organiques chez l'enfant et chez l'adolescent*, Th. Toulouse, 1898.
- Binet et Henri.** — *La fatigue intellectuelle*, Paris, Schleicher, 1898.
- Bourneville.** — Obs. d'hystéro-épilepsie chez les jeunes garçons. *Progr. méd.*, 1880 et années suivantes.
- Brachet.** — *Recherches sur la nature de l'hystérie et de l'hypochondrie*, Paris, 1832.
- Breuer et Freud.** — Du mécanisme psychique des phénomènes hystériques. *Neurol. Centralbl.*, janv. 1903.
- Briquet.** — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, 1859.
- Brodie.** — *Leçons sur les affections nerveuses locales*, Trad. Paris, 1880.

- Bruns.** — L'hystérie infantile. *Congrès de la Soc. des méd. alién. de la Basse-Saxe et de Westphalie*, 1895.
- Sur l'hystérie dans l'enfance. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Berlin, 1903.
- Burnet.** — *Contrib. à l'ét. de l'hyst. infantile : son existence au-dessous de l'âge de 5 ans*, Th. Paris, 1891.
- Carrière et Sonnevile.** — La chorée arhythmique hystérique. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1901.
- Carrière.** — Sur les vomissements hystériques chez l'enfant. *Nord méd.*, mars 1902.
- Casaubon (de).** — *De l'hystérie chez les jeunes garçons*, 1884.
- Charcot.** — De l'hyst. chez les jeunes garçons. *Progr. méd.*, 1882.
- L'isolement dans le traitement de l'hystérie. *Progr. méd.*, 1885-1886.
- *Leçons du mardi*, 1887-1888-1889.
- Chaslin.** — Art. : Epilepsie in *Traité des mal. de l'enfance*, t. IV, 1898.
- Chaumier (de Tours).** — L'hystérie de la première enfance. *Congrès de Grenoble*, 1885.
- L'hystérie chez les nouveau-nés et les enfants au-dessous de deux ans. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891.
- Clopatt.** — *Etude sur l'hystérie infantile*, Th. Helsingfors, 1888.
- Comby.** — Les signes prémonitoires de l'hystérie chez les enfants, *Soc. méd. des hôp.*, 1896.
- L'excitation chez les enfants. *Méd. mod.*, 1898.
- L'uricémie chez les enfants. *Arch. de méd. des enf.*, 1901.
- Conturries.** — *L'hystérie chez les jeunes enfants*, Th. Paris, 1896.
- Craponne.** — *Pseudo-méningite hystérique*, Th. Paris, 1898.
- Cruchet.** — Hystérie chez une fillette de 12 ans. *Arch. de neurol.*, septembre 1901.
- Dejerine.** — *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, Th. d'agrég., Paris, 1886.
- Deny et Roy.** — *La démence précoce*, Baillière, Paris, 1903.
- Dessau.** — Hystérie des garçons avec la relation d'un cas, *Amer. Journ. of obstetrics*, New-York, 1880.
- Dupré.** — Pseudo-méningite, *Congrès de méd. int. de Lyon*, 1894.
- Dupré et Camus.** — *Soc. de neurol.*, 2 juillet 1903.
- Duvoisin.** — Sur l'hystérie infantile, *Jahrbuch für Kinderheilk.*, t. XXIX, Leipzig, 1889.
- Empereur.** — *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*, Th. Paris, 1876.
- Escorne.** — *L'irritation cérébrale chez l'enfant*, Th. Paris, 1898.
- D'Espine.** — Les convulsions chez l'enfant. *Congrès de Toulouse*, 1902.
- Ewald.** — Sur les auto-suggestions hystériques chez les enfants. *Berl. klin. Woch.*, 1903.

- Féré.** — La formule urinaire de l'hystérie, *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1893.
- Georget.** — *Traité des maladies du syst. nerveux*, 1821.
- Gilles de la Tourette.** — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t. I, Paris, 1891.
- Gilles de la Tourette et Cathelineau.** — Consid. sur la courbe des excrétiions dans l'attaque de sommeil hystérique. *Nouv. Icon. de la Salp.*, Paris, 1889.
- Gilles de la Tourette et Gasne.** — Art. Hystérie, in *Traité de méd.* BROUARDEL-GILBERT, t. X, Paris.
- Goldspiegel** (Mlle H.). — *Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants*, Th. Paris, 1888.
- Grancher.** — Hystérie ayant débuté à 18 mois chez une petite fille. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1888.
- Guinon** (G.). — *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Th. Paris, 1889.
- Guiraud.** — *Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les petites filles avant la puberté*, Th. Paris, 1880.
- Haig.** — Further observations on the excretion of uric acid in epilepsy. *Brain*, 1896, p. 68.
- Henoch.** — *Leçons cliniques sur les mal. de l'enfance*, Trad. Hendrickx, Paris, 1885.
- Herber et Smith.** — Researches upon the etiology of idiopathie epilepsy. *N. Y. med. J.*, 1892.
- Hoge.** — Astasie-abasie hystérique chez un enfant de 2 ans. *Saint-Louis Cour. of Med.*, avril 1901.
- Holwede** (von). — Epidémie d'attaques hystériques dans une école de Brunswick. *Jahrb. für Kinderheilkunde*, 1898.
- Isnard.** — *L'hystérie infantile*, Th. Montpellier, 1896.
- Janet** (J.). — *L'état mental des hystériques*, Paris, 1892.  
— *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889.
- Kaler.** — *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'enfant*, Th. Nancy, 1899.
- Kamienski.** — Stade de commencement de l'hystérie chez l'enfant. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XXXVI, Leipzig, 1889.
- Kraïnsky.** — *Rev. de Psychiatrie de Bechterew*, n<sup>os</sup> 6 et 8, 1896.
- Landouzy.** — *Traité de l'hystérie*, Paris, 1846.
- Leidesdorf.** — Sur la nature de l'hystérie, *Wien. med. Woch.*, 1884.
- Carolus Piso** (Charles Lepois). — *Selectæ observationes*, 1618.
- Liebermeister.** — *Über hysteric und deren Behandlung*, Leipzig, 1883.
- Magitot.** — De l'hystérie chez les nouveau-nés. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1892.

- Mairet et Bosc.** — Recherches sur la toxicité de l'urine des épileptiques. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1895.
- A. Marro.** — *La puberté chez l'homme et chez la femme*, Reinwald, Paris, 1901.
- De Merrieth.** — L'hystérie et la neurasthénie chez les jeunes sujets. *N. Y. med. Journ.*, juin 1900.
- Mœbius.** — Sur la nature de l'hystérie. *Centralbl. für Nervenheilk.*, 1887.
- Mosso.** — *La Peur*, Paris, 1880.
- Moussons.** — Les convulsions dans l'enfance. *Congrès de Toulouse*, 1902.
- Nissl.** — Les symptômes hystériques dans les troubles mentaux simples. *Centralbl. für Nervenheilk. und Psych.*, 1901.
- Noblet.** — *Méningite et méningisme*, Th. Paris, 1895.
- Ollivier.** — Rapport sur la communic. de Chaumier (de Tours). *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1892.
- Paris.** — *L'hystérie chez les jeunes filles*, Th. Paris, 1880.
- Peugniez.** — *De l'hystérie chez l'enfant*, Th. Paris, 1885.
- Pitres.** — *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, Paris, 1891.
- Pochon.** — *Méningisme et méningites*, Th. Paris, 1897.
- Poels.** — Persistance d'une modification profonde de la formule des phosphates en dehors de la période d'attaque. *J. de méd. chir. et pharm.*, Bruxelles, 1893.
- La formule urinaire de l'hystérie. *J. de méd. chir. et pharm.*, Bruxelles, 1893.
- Preyer.** — *L'âme de l'enfant*, trav. de Varigny, Paris, 1887.
- Rachford.** Symptomatology of lithæmia. *Arch. of. Ped.*, sept. 1897.
- Rageot.** — L'état actuel des théories sur la nature des émotions. *Rev. gén. des Sc.*, sept. 1903.
- Rœsch.** — *Le méningisme chez l'enfant*, Th. Paris, 1895.
- Royer.** — La formule urinaire de l'hystérie. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1893.
- Saenger.** — Hystérie et nervosisme chez les enfants. *Neurol. Centralbl.*, 1897.
- Saint-Philippe.** — L'hystérie infantile, in *Traité des maladies de l'enfance*, t. IV, 1898.
- Salge.** — *L'hystérie chez l'enfant*. Th. Berlin, 1898.
- Simon (J.).** — *Conférences cliniques*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1887.
- Smidt (H.).** — L'hystérie chez l'enfant. *The amer J. of obstetrics*, New-York, 1880.
- Soltmann (O.).** — Art. Hystérie infantile, in *Traité de GEHRARDT*, 1884.
- Steiner.** — Affections hystériques de l'enfance. *Jahrb. für Kinderheilk.*, t. XLIV, 1897.

**Steinhaus.** — Epidémie de hoquet. *Journ. de Neuropath. et de psych. de S. S. Korsakoff*, 1902, année II, p. 417-434.

**Stürsberg.** — Le réflexe pharyngé dans l'hystérie. *Münchn. med. Woch.*, 1902.

**Sydenham.** — Lettre à Guill. Code, 1681.

**Thiemich.** — Sur l'hystérie dans l'enfance. *Jahrb. f. Kinderheilk.* Berlin, 1903.

**Long et Villermay.** — Art. Hystérie du *Dict. des Sc. médic.*, 1816.

**West.** — *Leçons sur les maladies des enfants*. Trad. Archambaud, 2<sup>e</sup> éd. Paris, 1881.

**Willis (Th.).** — *Opera omnia*. Amsterdam, 1682.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                          | Pages |
|----------------------------------------------------------|-------|
| I. — Introduction. . . . .                               | 7     |
| II. — Les causes prédisposantes . . . . .                | 20    |
| III. — La constitution physique. . . . .                 | 41    |
| IV. — Les causes provocatrices . . . . .                 | 86    |
| V. — Les stigmates psychiques . . . . .                  | 94    |
| VI. — Le développement mental et la suggestion . . . . . | 106   |
| VII. — Indications thérapeutiques. . . . .               | 138   |
| CONCLUSIONS . . . . .                                    | 143   |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                  | 147   |

---